1929 Fasc. 52

IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA ED IGIENE

FONDATO DAI PROFESSORI

GUIDO BACCELLI FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

diretta dal Prof. VITTORIO ASCOLI

Volume XXXVI - Anno 1929

ROMA

N. 14 — Via Sistina — N. 14

1929

Collaboratori effettivi della Sezione Pratica per il 1929.

Agostini dott. Marcello - Roma.
Alessandri prof. Roberto - Roma.
Alessandrini prof. Alessandro - Roma.
Alessandrini prof. Paolo - Roma.
Allegri dott. Luigi - La Spezia.
Almagià prof. Marco - Roma.
Angelelli dot. Onofrio - Pisa.
Angelini prof. Achille - Roma.
Ascoli prof. Alberto - Milano.
Ascoli prof. Manfredo - Roma.
Ascoli dott. Ruggero - Milano.
Ascoli prof. Vittorio - Roma.
Atzeni-Tedesco dott. Plinio - Cagliari.
Baggio prof. Gino - Cagliari.
Baldari dott.a Libera - Roma.
Bani dott. Ugo - Roma.
Benedetti-Valentini dott. Fabiano - Roma.
Benedicenti prof. Alberico - Genova.
Brasiello dott. Enrico - Roma.
Bidoli dott. Giovanni - Bolzano.
Bilancioni prof. Guglielmo - Pisa.
Bombi dott. Giulio - Montebelluna.
Bonaccorsi dott. Antonino - Grosseto.
Bonanno dott. A. M. - Torino.
Bonoli dott. Umberto - Comacchio.
Borruso dott. Gaetano - Roma.
Bosellini prof. Pier Ludovico - Roma.
Brancati prof. Raffaele - Roma.
Bossa dott. Guido - Napoli.
Buonomo La Rossa prof. Francesco - Napoli.
Businco dott. Ottavio - Cagliari.
Campeggiani prof. Massimo - Roma.
Canale dott. Piero - Firenze.
Cantalamessa dott. Vittorio - Roma.
Capaccini dott. Ferdinando - Forcoli.
Capone-Braga dott. Piero - Roma.
Capuani dott. Gian Franco - Bergamo.
Cardia dott. Antonio - Cagliari.
Carezzano dott. Paolo - Alessandria.
Carnelli dott. Riccardo - Modigliana.
Caroli dott. A. - Siena.
Carusi dott. Renzo - Roma.
Casabona Marziale - San Paolo del Brasile.
Casarini prof. Arturo - Roma.
Cassuto prof. Augusto - Roma.
Castaldi prof. Luigi - Cagliari.
Castellino prof. Nicolò - Napoli.
Catola dott. Giunio - Firenze.
Catterina prof. Attilio - Genova.
Caucci prof. Alberto - Ancona.
Cecchini dott. Erminio - Carrara.
Cerioli dott. Aleardo - Lonato (Brescia).
Chiasserini prof. Angelo - Venezia.
Chistoni prof. Alfredo - Parma.
Cinquemani prof. Fortunato - Palermo.
Ciotola dott. Enrico - Lima (Perù).
Cioffi dott. Alfredo - Marina di Vietri sul Mare.
Cipriani prof. Carlo - Torino.
Civalleri dott. Italo - Faenza.
Coen dott. Vittorio - Roma.
Coglievina dott. Benvenuto - Trieste.
Collina dott. Mario - Roma.
Corbini dott. Giulio - Siena.
Cordero prof. Aurelio - Pescia.
Curti prof. Eugenio - Brescia.
Cusumano prof. Ferdinando - Palermo.
Dami dott. Aurelio - Prato.
Da Villa dott. Felice Camillo - Meretto di Tomba.
De Bonis dott. G. - Roma.
De Gaetano prof. Luigi - Napoli.
De Luca dott. Benedetto - Grosseto.
Denes dott. Giulio - Padova.
De Toni dott. G. - Bologna.
Diez prof. Salvatore - Roma.
Di Giacomo dott. Guido - Roma.
Dionisi prof. Antonio - Roma.
Domenichini prof. Giacomo - Milano.
Dominici prof. Leonardo - Sassari.
Donetti prof. Edoardo - Bagni di Montecatini.
Dragotti dott. Giuseppe - Roma.
Emiliani dott. C. Luigi - Bologna.
Enderle dott. Carlo - Roma.
Esposito dott. Alessandro - Pavia.
Ettorre prof. Enrico - Milano.
Faberi dott. Mario - Roma.
Fanano dott. Vincenzo - Roma.
Fanelli dott. Giorgio - Galliera.
Fazzari dott. Ignazio - Palermo.
Fermi prof. Claudio - Sassari.
Ferreri prof. Giorgio - Roma.
Ferretti prof. Tito - Roma.
Fichera prof. Salvatore - Catania.
Filippa dott. C. - Roma.
Filippella dott. Pietro - Roma.
Filippini dott. Azeglio - Roma.
Fiorani Gallotta prof. P. L. - Padova.
Fiorentini dott. Augusto - Roma.
Formentano dott. Vittorio - Milano.
Fornara dott. Piero - Novara.
Franchetti dott. Augusto - Roma.
Francini prof. Metello - Fivizzano.
Frangipane dott. Calogero - Vicenza.
Frugoni prof. Cesare - Padova.
Fumarola prof. Gioacchino - Roma.
Galli dott. Paolo - Faenza.
Gamberini dott. Carlo - Bologna.
Gardelin dott. Aldo Antonio - Treviso.
Garrone dott. Enrico - Roma.
Gasparini dott. Antonio - Padova.
Giacobbe dott. Corradino - Roma.
Gibelli dott. Sandro Luigi - Genova.
Gosio dott. Renato - Roma.
Grandi dott. Domenico - Lecco.
Grifi dott. Filippo - Firenze.
Guida prof. Guido - Roma.
Jura prof. Vincenzo - Roma.
Laurenti prof. Temistocle - Roma.
Lazzeroni dott. Antonio - Poggibonsi.
Lelli-Mani dott. Pietro - Cesena.
Liberti dott. R. - Roma.
Liverani dott. E. - Faenza.
Locatelli dott. G. - Sedico.
Lozzi dott. Vincenzo - Roma.
Lusena dott. Renato - Roma.
Luzzatto-Fegiz dott. Giusto - Roma.
Maccari dott. Italo - Siena.
Maltes Le-Roy dott. Carmelo - Padova.
Manai dott. Andrea - Sassari
Mancioli prof. Tomaso - Roma
Marchetti dott. Angelo - Fontanelice.
Marchiafava prof. Ettore - Roma.
Marcozzi dott. Aldo - Pisa.
Mariconda dott. Paolo - Roma.
Marinacci prof. Sertorio - Roma.
Marino dott. Vincenzo - Roma.
Marsella dott. Alberto - Sora.
Marzo dott. Nunzio - Roma.
Maselli dott. Domenico - Roma.
Massetti dott. Cesare - Frosinone.
Massimi dott. Giuseppe - Roma.
Massini prof. Carlo Luigi - Genova.
Massione dott. Giuseppe - Roma.
Matronola prof. Girolamo - Roma.
Maurizio dott. Eugenio - Padova.
Mazzetti dott. Mario - Cuasso al Monte.
Medea prof. Eugenio - Milano.
Mendes prof. Guido - Roma.
Merelli prof. Gino - Reggio Emilia.
Mezzatesta prof. Francesco - Roma.
Mignani dott. Vittorio - Bologna.
Milani prof. Eugenio - Roma.
Millul dott. Giorgio - Pisa.
Mingazzini prof. Giovanni - Roma.
Mingazzini prof. Ermanno - Roma.
Monacelli prof. Mario - Roma.
Montalti dott. M. - Palermo.
Monteleone prof. Remo - Roma.
Montemartini dott. Pier Giannino - Roma.
Montesano prof. Vincenzo - Roma.
Moor dott.a Elisabetta - Roma.
Mucci dott. Antonio - Roma.
Munna dott. Giuseppe - Castellammare del Golfo.
Muzzarelli dott. Giuseppe - Bologna.
Notarangeli dott. Gaetano - Colle S. Magno.
Nuvoli dott. Innocenzo - Roma.
Oliani dott. Ettore - Trieste.
Pacetto dott. G. - Roma.
Pagliari dott. Mario - Roma.
Pákozdy dott. Carlo - Budapest.
Palladini dott. Arnaldo - Roma.
Paolucci dott. A. Giuseppe - Padova.
Pappalardo dott. Concetto - Catania.
Pasini prof. Agostino - Milano.
Paterni prof. Ludovico - Roma.
Pazienza dott. Mario - Napoli.
Pazzi prof. Ermanno - Roma.
Pennati dott. Vittorio - Padova.
Pertile dott. Giuseppe - Marostica.
Petta dott. Giorgio - Roma.
Piccinelli dott. Amedeo - Piperno.
Pighini prof. Giacomo - Reggio Emilia.
Piperno prof. Arrigo - Roma.
Pisani prof. Domenico - Roma.
Pittoni dott. Ezio - Sulmona.
Poddighe dott. Antonio - Napoli.
Pollitzer prof. Renato - Roma.
Ponzi dott. Ettore - Parma.
Pozzi dott. Arnaldo - Roma.
Puleo dott. Giuseppe - Bivona.
Puntoni prof. Vittorio - Roma.
Purpura prof. Francesco - Palermo.
Quaranta dott. Luigi - Bari.
Radaelli prof. Francesco - Genova.
Ribolla prof. Romolo - Roma.
Ricca-Barberis dott. Enrico - Torino.
Ricci dott. Alfredo - Roma.
Ricci dott. Flaminio - Roma.
Ricci dott. Francesco - Pavia.
Ricciuti prof. Giuseppe - Potenza.
Rinaldi dott. Rinaldo - Novara.
Rivalta prof. Fabio - Bologna.
Rizzo dott. Giovanni - Roma.
Romanini dott. Carlo - Artegna.
Roncalli dott. E. - Trieste.
Rondelli dott. Ugo - Torino.
Rubaltelli dott. Enrico - Padova.
Ruggieri dott. Ettore - Roma.
Sabatini prof. Giuseppe - Sassari.
Sabatucci dott. Mario - Roma.
Sabatucci dott. Riccardo - Roma.
Sacchetto dott. I. - Padova.
Sacchi dott. Antonio - Galzignano.
Sangiorgi dott. Piero - Regoledo.
Santi dott. Ermanno - Firenze.
Santini prof. Carlo - Fermo.
Sbisà dott. Umberto - Pola.
Schemitz dott. Renato - Idria.
Sciaky prof. Enrico - Salonicco.
Scimone dott. G. - Padova.
Scotti dott. Giuseppe A. - Firenze.
Selvaggi avv. Giovanni - Roma.
Serra dott. Vittorio - Roma.
Sforza dott. Lodovico - Roma.
Siciliano prof. Luigi - Firenze.
Silvagni dott. Mario - Roma.
Silvestri prof. Torindo - Modena.
Sinibaldi dott. Guglielmo - Roma.
Solieri prof. Sante - Forlì.
Sorge dott. Giuseppe - Catania.
Speciale dott. Francesco - Palermo.
Starna dott. Alberto - Roma.
Stirpe dott. Giulio - Roma.
Taddei prof. Domenico - Pisa.
Tanzi dott. Luigi - Sant'Omero.
Tappainer dott. Ernesto - Arco.
Tegoni dott. Giulio - Roma.
Tenani prof. Ottorino - Asolo.
Teodonio dott. Tommaso - Roma.
Tilli dott. Pietro - Gessopalena.
Timpano dott. Pietro - Reggio Calabria.
Tomaselli prof. Andrea - Catania.
Tondo dott. Francesco - Vetralla.
Tonelli dott. Lanfranco - Roma.
Torrioli dott. Mario - Roma.
Toscano dott. Carmelo - Roma.
Trenti prof. Enrico - Roma.
Urbani dott. Lucio - Roma.
Valdoni dott. Pietro - Roma.
Valentini dott. Vincenzo - Roma.
Venezian dott. Edmondo - Roma.
Vera dott. Solone - Atene.
Vercelli dott. Luigi - Novara.
Verney dott. Lorenzo - Roma.
Vicentini dott. Francesco - Roma.
Villata dott. Gio. Battista - Torino.
Vinaj prof. Andrea - Milano.
Vitale dott. Andrea - Roma.
Zallocco dott. Antonio - Roma.
Zanetti dott. Turno - Arta.
Zingarelli dott. Giovanni - Terni.

INDICE GENERALE

VOLUME XXXVI - 1929

Indice per rubrica

LAVORI ORIGINALI.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

DALLA PRATICA CORRENTE.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.
NOTE DI TECNICA.

EPIDEMIOLOGIA. - IGIENE.

MEDICINA SOCIALE.

LEZIONI ORIGINALI.

RIVISTE SINTETICHE.
QUESTIONI DEL GIORNO.

STORIA DELLA MEDICINA.
RIVENDICAZIONI.

Pag.

DISCUSSIONI E COMMENTI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Discipline mediche fondamentali.

Semeiotica (vedi anche: *Ematologia, Serologia, Radiologia*).

Ematologia - Serologia.

Radiologia - Elettrologia - Fisioterapia.

Medicina interna (vedi anche *Secrezioni interne, Ricambio, Organi digerenti, Malattie infettive, Tubercolosi, Neurologia, Pediatria, Generalità*).

Storia - Bibliografia - Miscellanea.

CONGRESSI, ACCADEMIE, SOCIETÀ.

RUBRICA DELL'UFFICIALE SANITARIO.

PROFILI.

NECROLOGIE.

SUNTI E RASSEGNE; APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO; SERVIZI IGIENICO-SANITARI; POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA; CRONACA DEL MOVIMENTO PROFESSIONALE: vedi l'INDICE DELLE MATERIE.

CONCORSI; NOMINE, PROMOZIONI E ONORIFICENZE; CORRISPONDENZE; NOTIZIE DIVERSE: vedi alla fine dei singoli fascicoli.

Indice alfabetico delle Materie

E

F

G

P

Q

R

S

T

U

Indice alfabetico degli autori.

N

O

P

Q

R

S

ANNO XXXVI. Roma, 7 Gennaio 1929 Num. 1

IL POLICLINICO

Per l'anno 1929.

Ai Medici italiani,

“ **IL POLICLINICO** *„ può intraprendere il suo XXXVI anno senza nulla mutare in quella sua solida struttura che gli ha consentito di conformarsi al rinnovamento delle scienze mediche e di corrispondere alle esigenze dei tempi nuovi.*

Le due Sezioni mensili, **Medica** *e* **Chirurgica**, *si sono perfezionate, concentrandosi sempre più nel campo delle cliniche generali, accogliendo memorie vagliate con severità ma senza preconcetti o esclusivismi di scuola ea inoltre aumentando notevolmente il numero delle pagine. Sotto la direzione dei due clinici di Roma,* Vittorio Ascoli *e* Roberto Alessandri, *continuano la tradizione clinica italiana, in cui si compenetrano la diligenza dell'esamè del malato e l'indagine delle alterazioni organiche.*

La settimanale **Sezione Pratica**, *raccogliendo le note preventive — biologiche e cliniche —, le brevi osservazioni cliniche, i riassunti degli articoli più interessanti delle riviste italiane e straniere, i resoconti delle società e accademie nostrane, le indicazioni sui libri nuovi più importanti, la casistica e la terapia, i metodi diagnostici per il pratico, fornendo consigli legali per l'esercizio sociale della medicina, notizie sugli avvenimenti mondiali di pertinenza medica, ampi elenchi dei concorsi aperti, e infine la bibliografia selezionata di quanto pubblicano i migliori giornali del mondo, provvede al pratico quanto gli occorre per l'esercizio della professione.*

La Sezione Pratica é il **vademecum** *dei medici di ogni categoria: le sezioni mensili ne allargano e completano la cultura e l'esperienza. Il «* **POLICLINICO** *» nel suo insieme è il giornale indispensabile per il medico italiano. Da ciò l'assodata reputazione e la crescente diffusione..*

Non ci culliamo pertanto nel successo: siamo sempre assillati dal desiderio del meglio.

Se possono restare salde la struttura e l'indirizzo del **POLICLINICO**, *la vigile coscienza della redazione é sempre tesa verso nuovi miglioramenti. Essi sono nati dalle quotidiane difficoltà redazionali, dai suggerimenti e dalle critiche dei lettori.*

Nel prossimo anno la redazione provvederà:

a) *ad una cernita sempre più severa per la qualità e la mole delle memorie originali per tutte le sezioni, anche a costo di perdere qualche amico e qualche simpatia. Il contenuto del giornale migliorerà e sarà minore il ristagno dei lavori accettati;*

b) *a ridurre i resoconti delle Società ed Accademie. Del fervore di opera che si sta svolgendo in tutta l'Italia il «* **POLICLINICO** *», nel suo spirito nazionalistico, ha voluto dare l'immagine viva entro e fuori i confini della Patria. Il numero cresciuto e la larghezza dei resoconti hanno però preso troppo spazio della «* **Sezione Pratica** *»: non possiamo sacrificare all'accennato patriottico intento altre rubriche d'interesse più immediato per il medico. Volgiamo la preghiera ai presidenti delle Società mediche di mandarci i resoconti con il solo titolo per le ordinarie comunicazioni casistiche, e con sunti brevi delle altre comunicazioni;*

c) *a più largo sviluppo ai sunti da periodici italiani e stranieri per mantenere in contatto più intimo i nostri lettori con lo sviluppo delle discipline mèdiche;*

d) *a numerose riviste sintetiche. Abbiamo in proposito già presi accordi con professori e con giovani studiosi per avere due tipi di riviste d'insieme: 1° riviste critiche su argomenti d'attualità nel campo clinico e biologico; 2° rassegne dei progressi delle singole branche in rapporto alla pratica medico-chirurgica. L'Amministrazione si sobbarca perciò a forti sacrifici pecuniari;*

e) *ad accrescere la parte consacrata alla terapia, così nei sunti come negli appunti per il pratico;*

f) *ad intensificare il servizio delle* **Corrispondenze**, *per cementare sempre meglio l'unione di tutti i centri di studio e fondere l'opera loro nel giornale medico più indipendente e più nazionale d' Italia.*

Il « POLICLINICO » con questi perfezionamenti avrà maggiore snellezza e più largo interessamento, dando soddisfazione ai più giusti desideri degli abbonati. Il « POLICLINICO » sarà per loro compagno ed aiuto nelle difficoltà dell'arte e nelle asperità della vita com'è per noi lo sforzo più tenace e passionato per tenere alto il prestigio della medicina italiana.

LA REDAZIONE

L'Amministrazione del "POLICLINICO,, sempre pronta agli appelli della Redazione, si è senz'altro dichiarata proclive a secondarla in tutto ciò che di nuovo questa si propone di attuare nel venturo anno, ed ha stanziato i maggiori fondi necessari.

Così l'Amministrazione provvederà a che le Riviste sintetiche siano più adeguatamente retribuite, in modo da indurre gli autori a consacrarvisi con impegno; anche le corrispondenze e i sunti dei giornali stranieri, avranno migliori retribuzioni.

Altro problema preso in esame dall'Amministrazione è stato quello della pretesa numerazione unica del testo e delle pagine di pubblicità intercalate; essa è stata da noi — non meno che da molti abbonati — vivamente deplorata. Fummo costretti a ciò dalla spesa eccessiva dell' affrancazione postale

Intendiamo liberare il "POLICLINICO,, da simile bruttura. Tale riparazione importa un cospicuo aumento nella spesa totale di spedizione, a colmare il quale l'Amministrazione del "POLICLINICO,, avrebbe potuto, al pari di altri giornali medici, chiamare a concorrere i suoi abbonati. Un piccolo sacrificio individuale di circa L. 3 per abbonato, sarebbe stato sufficiente a compensare l'Amministrazione del "POLICLINICO,, da tale forte aggravio; ma essa, desiderando dimostrare ed affermare ancora una volta il suo spirito di sacrificio, assume su di sè tutto l'onere, nonostante questo raggiunga, nell' insieme, ALCUNE DECINE DI MIGLIAIA DI LIRE, in conseguenza dell' ingente numero di abbonati.

Infine, un altro miglioramento l'Amministrazione apporterà al "POLICLINICO,, sostituendo gli attuali caratteri tipografici, con altri più moderni. A misura che il materiale già composto verrà esaurito, "IL POLICLINICO,, comparirà nella nuova fisionomia tipografica, che lo renderà di più facile lettura.

Non pochi dunque sono i miglioramenti con cui "IL POLICLINICO,, si presenterà nel 1929. Essi riguardano in gran parte il contenuto — la parte essenziale cioè del giornale — e in parte non indifferente la veste esteriore: ambedue contribuiranno a rendere il "POLICLINICO,, sempre più accetto ai nostri vecchi abbonati e preferito dai nuovi.

In compenso di tutto ciò, nulla domanda l'Amministrazione, la quale anzi, contando sempre sulla fedeltà e sulla collaborazione dei medici italiani, dà ferma assicurazione che altre migliorie continuerà a portare, prima fra tutte nella qualità della carta.

I lettori del "POLICLINICO,, vorranno, ne siamo certi, mantenere il loro appoggio al periodico, diffondendolo sempre più fra i colleghi che non siano ancora abbonati.

L'EDITORE

Ai fedeli abbonati del «Policlinico»:

Affrettare quanto più possibile l'invio dell'importo di rinnovazione dell'abbonamento pel 1929 e, al polizzino del vaglia postale, applicare, possibilmente, la fascetta con la quale si sono finora ricevuti i fascicoli o, quanto meno, indicare con esattezza il rispettivo numero di abbonamento. Con ciò verranno facilitati due compiti: all'Ufficio d'Amministrazione, la sicurezza dell' esatto accreditamento del pagamento nella rispettiva partita del mittente; all'Ufficio di Spedizione, quello di mantenere regolare e senza interruzione l'invio dei fascicoli pel nuovo anno 1929.

Ricordiamo che il vaglia postale va indirizzato nominativamente all'editore LUIGI POZZI, Via Sistina, 14 e deve essere fatto pagabile nell'ufficio Postale succursale diciotto, ROMA. Inoltre (nel posto riservato al bollo dell'ufficio Postale Pagatore) esso deve essere munito della prescritta marca da bollo da 5 centesimi fino a L. 100 e da centesimi 10 se il vaglia supera le L. 100. COLORO CHE FARANNO USO DI CHEQUE, VAGLIA O ASSEGNO BANCARIO PROVVEDANO CHE QUESTI SIANO RISCUOTIBILI IN ROMA.

N. B. - Del vaglia postale inviato in saldo dell'abbonamento, deve conservarsi la relativa ricevuta.

L'EDITORE

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

Come si esamina un ammalato di colonna vertebrale.

Dott. EDMONDO VENEZIAN
già assistente alla Clinica Ortopedica
della R. Università di Roma.

Fra le affezioni morbose delle ossa e delle articolazioni, quelle che colpiscono la colonna costituiscono uno dei capitoli meno noti della patologia.

I clinici hanno trascurato per lo più lo studio approfondito di questa formazione, pur così importante e per la estensione sua, in relazione con tutto l'organismo, e per le funzioni molteplici cui essa è deputata. Gli anatomo-patologi solo eccezionalmente si sono occupati di farne oggetto di uno speciale esame. La conseguenza di tutto ciò è che nei nostri trattati la patologia del rachide è, si può dire, appena abbozzata e che nell'educazione del medico essa viene quasi completamente trascurata.

Pure l'asse vertebrale è tutt'altro che di rado sede di processi morbosi: questo è noto. Ma addirittura una sorpresa costituiscono i risultati di recente pubblicati dallo Schmorl (1) il quale autore ha preso in esame, sistematicamente, ben 1142 colonne vertebrali ed ha riscontrato che, specialmente dopo una certa età, il numero di colonne che presentano alcunchè di patologico cresce talmente da costituire la maggioranza. Le colonne di individui fra gli 11 e i 20 anni, sarebbero patologicamente alterate nel 40 % dei casi; quelle di individui fra i 40 e i 50 anni nel 58 %, e così progressivamente, in rapporto col procedere degli anni. E si badi: lo Schmorl parla solo di alterazioni che clinicamente erano passate inosservate.

Ci si domanda come mai avviene che in pratica non ci avvediamo di questo enorme numero di lesioni morbose. Le cause sono molteplici: in parte risiedono nella psicologia del medico, abituato a fermare la propria attenzione più su particolarità regionali che sull'insieme del corpo umano, sia esso in riposo che in movimento. Le difficoltà diagnostiche poi sono veramente grandi. Anzitutto l'esplorazione diretta è difficile, essendo del rachide accessibili all'esterno soltanto le apofisi spinose. Poi nelle malattie della colonna non v'ha rapporto determinato fra sintomi subiettivi e obiettività. Si dan casi di malattie, caratterizzate da una sindrome dolorifica e funzionale imponente, in cui l'esame comune non riesce a scoprire alterazioni morbose. E chi non ricorda casi di bimbi portati al medico per la prima volta con gibbosità pottiche accentuate e non esclusivamente a cagione della trascuratezza dei parenti?

Non solo; ma spesso il paziente non è cosciente dei disturbi della funzionalità della propria colonna; spesso nega l'esistenza di dolori o, e questa è una importante caratteristica delle malattie della colonna vertebrale, li localizza a distanza: ai fianchi, al ventre, lungo gli arti inferiori. L'esame invece mette in evidenza il disturbo funzionale, la dolorabilità del rachide.

Si pensi infine al fatto che alcune affezioni morbose dell'asse vertebrale possono rimanere a lungo latenti.

Queste le principali difficoltà che si incontrano: occorre tenerle bene presenti e trarne l'incitamento a fare in ogni caso sospetto un esame attento, scrupoloso, completo.

***

Il rachide è una colonna flessibile (dal punto di vista clinico, sacro e coccige fan parte del bacino) costituita da una serie di pezzi ossei uniti dai dischi e dalle 134 articolazioni inter-

(1) Vedi nello stesso giornale il sunto dell'articolo originale.

vertebrali. Essa è un elemento basilare della morfologia del tronco e ne sopporta il carico in posizione eretta

L'esame della colonna vertebrale presuppone la conoscenza di quelle che sono in condizioni normali, la sua forma e la sua motilità.

La *forma* è funzione anzitutto della condizione meccanica essenziale del corpo umano: la stazione eretta. Altro fattore fondamentale della morfologia del rachide è la funzione respiratoria. Si sa che nel neonato la colonna è pressochè rettilinea; ma già nei primi mesi di vita si vengono sviluppando quelle curve antero-posteriori che conferiscono, fin dalla seconda infanzia al tronco, una individualità morfologica. Sulle variazioni individuali della forma della colonna vertebrale — sui tipi di atteggiamenti come si dice — si è molto scritto. Il tipo ideale — il canone — è fissato nel marmo delle sculture elleniche del secolo aureo: esse ci danno la sensazione del bello.

In pratica possiam chiamare normali quelle linee del dorso a curve poco accentuate e di uguale altezza. Forme estreme di variazioni sono il tipo del dorso piatto, il tipo del dorso cavo-rotondo (con accentuazione di tutte le curve) e finalmente il tipo del dorso rotondo (con accentuazione della sola cifosi dorsale).

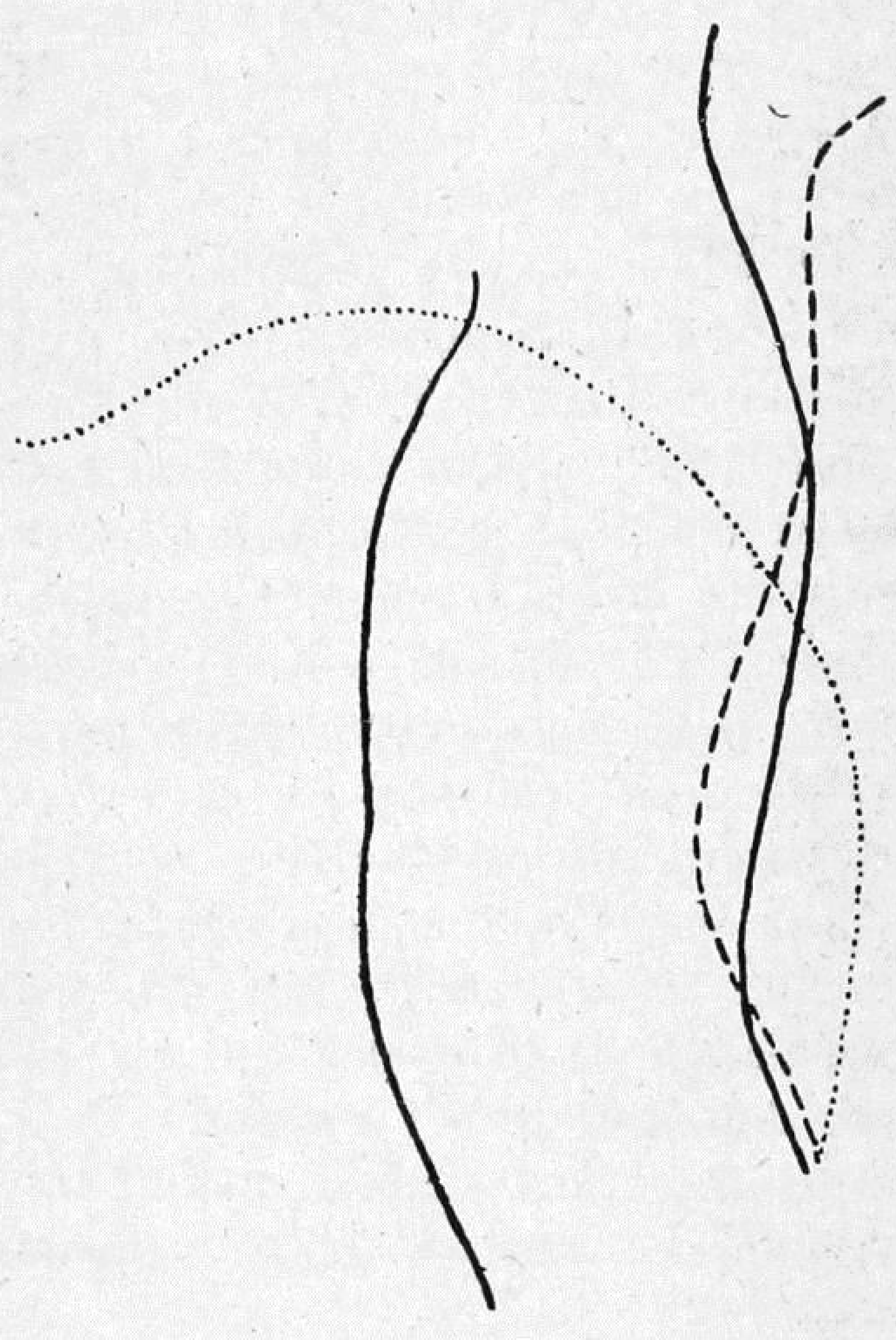


FIG. 1.

La linea delle apofisi spinose nella stazione eretta (linea continua), flessione anteriore massima (linea punteggiata), iperestensione (linea tratteggiata) (da Engelhard, schema).

Fra questi tipi si hanno variazioni individuali senza fine e gli estremi trapassano senza limite netto nel patologico.

I *movimenti* fondamentali della colonna vertebrale sono la flessione, l'estensione, la flessione laterale e la rotazione. A causa delle curve antero-posteriori, questi ultimi due movimenti non sono mai puri, ma la flessione laterale è sempre accompagnata da un certo grado di rotazione, e, rispettivamente, la rotazione da un certo grado di flessione laterale.

Al movimento di flessione partecipano tutti i segmenti del rachide, sebbene in grado assai ineguale. La massima parte spetta ai segmenti compresi fra la XI dorsale e la II lombare e fra la IV lombare e il sacro. Nella flessione estrema la linea dei processi spinosi forma approssimativamente un segmento di ovale: il segmento cervicale e lombare perdono la normale lordosi; in quello dorsale la cifosi aumenta leggermente. Per lo più nel punto d'unione fra rachide dorsale e lombare, la linea è spezzata da un infossamento. Da notare che vi sono grandi variazioni individuali nell'ampiezza del movimento, in dipendenza dell'esercizio, dell'età e della costituzione somatica.

L'estensione si effettua quasi completamente nel segmento lombare, al di sotto della XI dorsale; le curve fisiologiche delle altre regioni si modificano appena.

La flessione laterale — nella posizione seduta — ha luogo anch'essa quasi esclusivamente nel punto d'unione tra segmento dorsale e quello lombare.

Il movimento di rotazione invece si effettua essenzialmente nel segmento dorsale, in grado minore in quello cervicale: l'estensione del movimento, essendo fisso il bacino, varia assai da individuo a individuo, fra 50° e 75°.

I movimenti del capo han sede principale nelle articolazioni fra occipitale e atlante (flessione ed estensione) e fra atlante e epistrofeo (rotazione).

Concludendo schematicamente si può dividere l'asse rachideo in tre parti di valore funzionale diverso: una parte cervicale, che si estende fino alla II dorsale e che ha grande importanza nella motilità del capo, specie nella sua porzione più craniale; nel resto è mobile abbastanza ampiamente nel senso della flessione, dell'estensione e della flessione laterale, limitatamente nel senso della rotazione.

Il tratto che si estende dalla III alla X dorsale è il meno mobile di tutta la colonna, e si comprende poichè esso è parte integrale del torace: il movimento più apprezzabile che in esso ha sede è la rotazione.

Il terzo segmento rachideo, compreso fra la XI dorsale e il sacro ha la massima importanza nella motilità della colonna: la flessione e la estensione qui si effettuano in massima parte e la flessione laterale qui si svolge principalmente; pressochè nulla è invece la rotazione.

***

L'*anamnesi* ha, come sempre in clinica, una importanza fondamentale.

La storia degli ammalati di colonna vertebrale è a volte così breve da compendiarsi in poche parole (ad es. la mamma ci dice che da alcuni mesi si è accorta che il bimbo presenta una spalla più alta); a volte si estende attraverso anni, con una serie interminabile di successioni morbose. Il medico deve sceverare e approfondire ciò che interessa; ma non dimenticherà che sintomi morbosi legati a un'affezione dell'asse vertebrale possono venire etichettati per anni come reumatismo muscolare, nevrosi gastro-intestinale, affezione dei genitali femminili, sciatica ecc. È quindi di capitale importanza l'indagine accurata su tutte le affezioni nervose, reumatiche, artritiche accusate dal paziente.

***

L'asse vertebrale, parte fondamentale dell'apparato motore, è intimamente connesso con le sue condizioni anatomiche e funzionali. L'ammalato di colonna vertebrale va quindi esaminato completamente nudo e nelle condizioni migliori di visibilità.

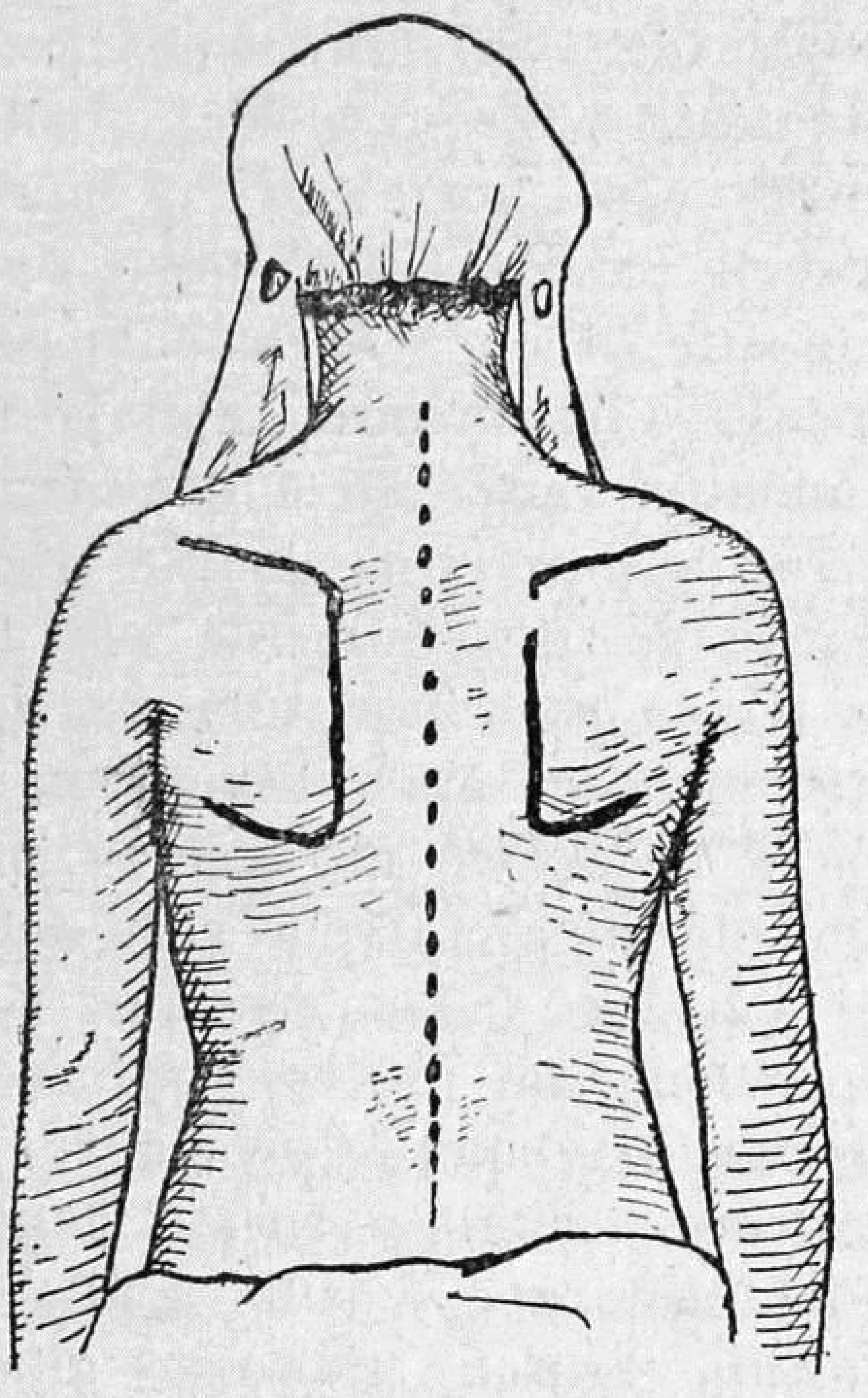


FIG. 2.

Nelle ammalate si provvede a mantenere i capelli innalzati sulla nuca, mentre un panno appeso alla cuffia, ricopre la parte anteriore del tronco (da Putti).

Già mentre il paziente si sveste l'osservatore attento non si lascerà sfuggire alcune particolarità preziose per un orientamento generale: abbiamo detto che occorre abituarsi a una visione d'insieme.

La colonna vertebrale malata si muove meno e abbisogna di appoggio. Ecco il perchè di atteggiamenti caratteristici come quello — classico — del paziente che incede con una mano sul dorso, l'altra appoggiata a un bastone. Un altro invece, sedendo, si sostiene con le mani o coi gomiti sui bracciuoli della poltrona; un terzo siede con cautela come se avesse delle uova nelle tasche; un quarto si slaccia le scarpe senza inchinarsi abbassandosi. Un gran numero di questi pazienti cinge i lombi con fascie o cinture. Tuttociò, ripetiamo, dimostra il bisogno istintivo di sostenere e immobilizzare la colonna ammalata; e la posizione classica, raffigurata in tanti libri, del bimbo affetto da male suboccipitale, che sorregge, con le proprie mani, il capo, non è che l'espressione più impressionante delle stesse condizioni.

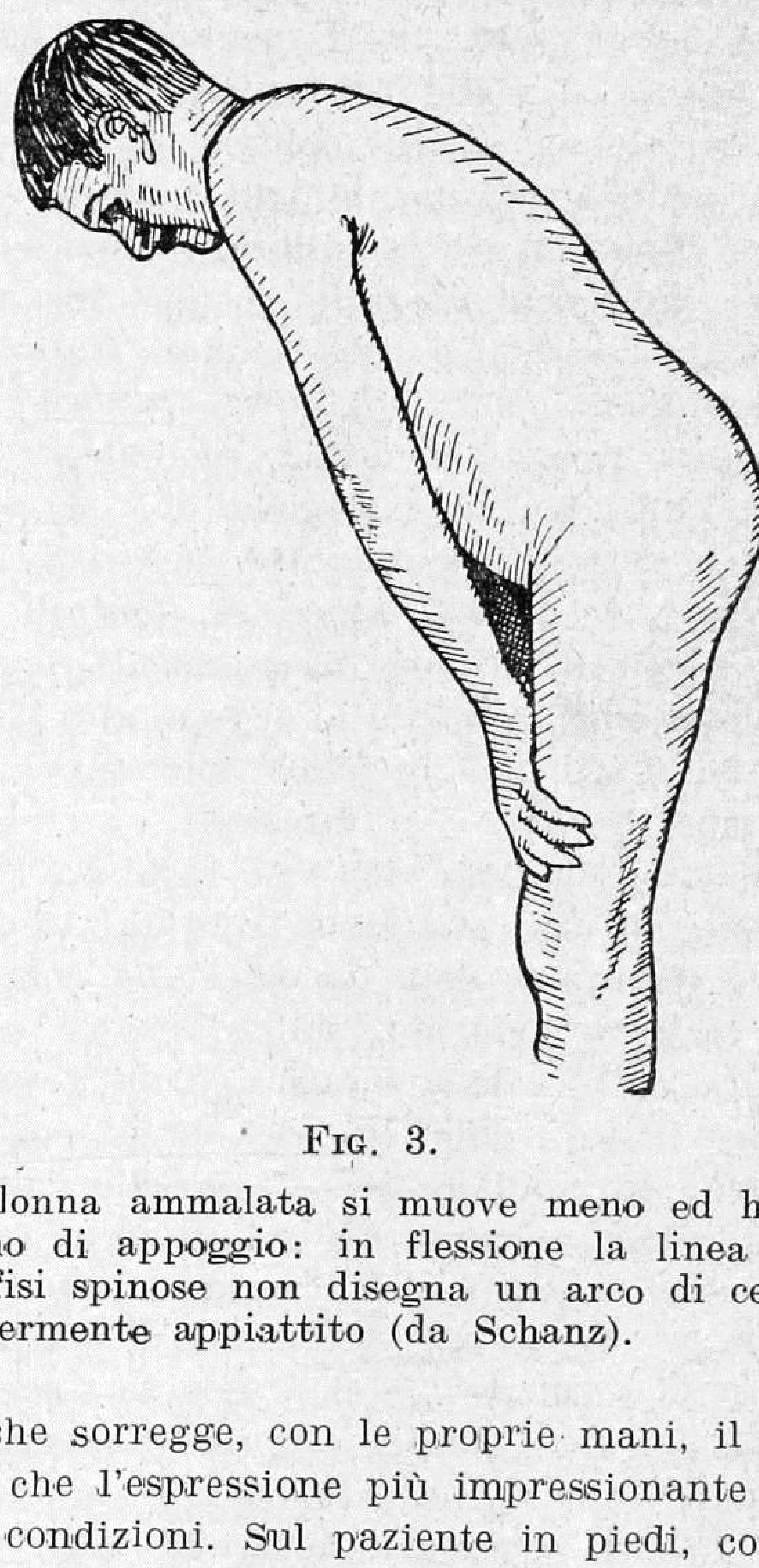


FIG. 3.

La colonna ammalata si muove meno ed ha bisogno di appoggio: in flessione la linea delle apofisi spinose non disegna un arco di cerchio leggermente appiattito (da Schanz).

Sul paziente in piedi, coi calcagni uniti, le ginocchia estese a contatto, posto col dorso in piena luce, si osservano anzitutto i contorni generali del tronco e degli arti superiori; poi la posizione delle scapole: gli uni e l'altra assai spesso ci svelano una deformità appena iniziale della colonna. Si passa poi a osservare le condizioni della cute.

Anche negli individui adiposi risalta già evidente a un semplice esame ispettivo, la morfologia generale della colonna con le sue curve normali e patologiche, per quanto la linea delle apofisi spinose sia in gran parte visibile negli adulti come una doccia. Per renderla meglio apprezzabile e farne risaltare i rapporti coi cingoli scapolare e pelvico, giova disegnare sulla cute

la proiezione delle singole apofisi spinose, delle spine e degli angoli inferiori degli omoplati, le spine iliache e il margine dell'ala iliaca.

Sarà bene a questo punto ricordare come si distinguano, scolasticamente, dalle deformità in senso stretto, gli atteggiamenti deformi: nelle prime singole vertebre sono morfologicamente alterate. Si parla invece di atteggiamenti deformi quando i pezzi componenti la colonna sono per sè normali, ma per contrattura di masse muscolari o per uno squilibrio statico, nell'insieme vengono a costituire una deviazione dalla normale morfologia. Certo le due condizioni non sono completamente contrapponibili, nè possono, ad ogni costo, esser mantenute distinte. Se il bacino, il piano orizzontale in cui si incastra la colonna, diviene obliquo — ad esempio, per l'accorciamento di un arto inferiore — la colonna ritrova il suo equilibrio statico solo attraverso inflessioni laterali: si costituisce un atteggiamento scoliotico, una scoliosi statica, che in determinate condizioni potrà trasformarsi in una vera e propria deformità scoliotica.

Delle alterazioni morfologiche che la colonna ammalata presenta, siano esse curve a convessità posteriore (cifosi) anteriore (lordosi) o laterale (scoliosi) o puri disassiamenti dovranno essere esattamente notate la sede — che si denomina dal segmento rachideo interessato —, la estensione, il raggio, la direzione.

Completa l'ispezione dell'asse rachideo l'esame del tronco, in ogni suo piano e profilo, in quanto non v'è deformità della colonna che non si rifletta in parte, almeno, sulla funzione o sulla struttura della gabbia toracica. Tutti conoscono le caratteristiche deformità del torace che si riscontrano in molti pottici. Ma è nelle curvature laterali della colonna, in quanto sono accompagnate da torsione delle vertebre, che si osservano le alterazioni più cospicue della morfologia dello scheletro toracico. È noto come nella colonna dorsale scoliotica alla rotazione dei corpi vertebrali verso la convessità faccia seguito dallo stesso lato la sporgenza maggiore degli angoli costali, il *gibbo costale*, gibbo che si apprezzerà meglio invitando il paziente a inchinarsi in avanti, mantendo estesi i ginocchi. Al gibbo posteriore corrisponde un gibbo anteriore dal lato opposto.

La torsione nel segmento lombare si palesa con una sporgenza paraspinosa, anch'essa più apprezzabile nella flessione del tronco, e con un affondamento più o meno cospicuo delle apofisi spinose sotto le parti molle della concavità.

A individuare ancor più nettamente la sede di una lesione morbosa serve la palpazione, possibile anche negli individui adiposi, delle apofisi spinose, delle quali van notate le modificazioni di forma e di posizione. Per orientarsi occorre conoscere oltre ai punti di repere classici, le variazioni normali delle apofisi stesse. Noti sono i punti essenziali di orientamento: la linea che unisce l'estremità interna delle spine della scapola tocca l'apofisi della III dorsale, quella che congiunge gli angoli inferiori degli omoplati sfiora l'apofisi della VII dorsale; finalmente il piano che passa per i punti culminanti delle creste iliache, incrocia l'apofisi della IV lombare. Meno note sono le variazioni che rientrano nella norma: le apofisi spinose della III, IV e V cervicale non si palpano normalmente; al di sotto sono invece percepibili l'apofisi della VI, della VII (*prominens* nell'adulto) e della I dorsale (*prominens* nel bambino): alcuni individui presentano una tale ipertrofia di queste due ultime apofisi da aversi un vero gibbo normale cervico-dorsale. Le successive apofisi dorsali fino alla IX sono poco sporgenti e disposte a embrice, per modo che per individuarle si richiede una certa attenzione. L'apofisi dell'XI dorsale può costituire, talora insieme con la IX e la X, in taluni soggetti un gibbo normale dorsale inferiore. Le apofisi spinose del segmento lombare sono sporgenti, distanziate e spesso bifide: quella della V è normalmente assai breve: in suo luogo v'è una depressione; il trovarla allo stesso livello delle vicine, è indizio di un arretramento patologico.

Un elemento d'importanza capitale nel giudizio delle malattie vertebrali è il sintoma *dolore*, che occorre definire per quanto riguarda la sede e l'intensità. Generalmente per la ricerca del dolore si usa esercitare una certa pressione sulle apofisi spinose: ora è bene convincersi che questo non è il metodo più sicuro: infatti solo eccezionalmente gli archi sono sede della lesione morbosa e l'azione della pressione va perduta nella trasmissione dal processo spinoso al focolaio di lesione. Da bandire senz'altro come manovre malsicure, brutali e spesso dannose sono le percussioni sul capo e sulle spalle e qualunque movimento brusco impresso alla colonna allo scopo di metterne in evidenza la dolorabilità. Il metodo d'indagine che ha maggior valore è a questo riguardo la percussione, con le nocche delle dita ad esempio o con il martellino da riflessi: essa va eseguita con forza nè troppo grande nè troppo piccola, su tutta la serie dei processi spinosi.

Può accadere che il malato stesso indichi prima dell'esame la sede del dolore; ma avviene talvolta che alla prima o anche nelle successive percussioni, si riveli un dolore prima inavvertito; ed è caratteristico il fatto che una volta reso cosciente del dolore, il paziente ne rimane consapevole.

Può essere utile talvolta confrontare il dolore ottenuto con la percussione delle apofisi con quello che si provoca con il sollevamento di pliche cutanee.

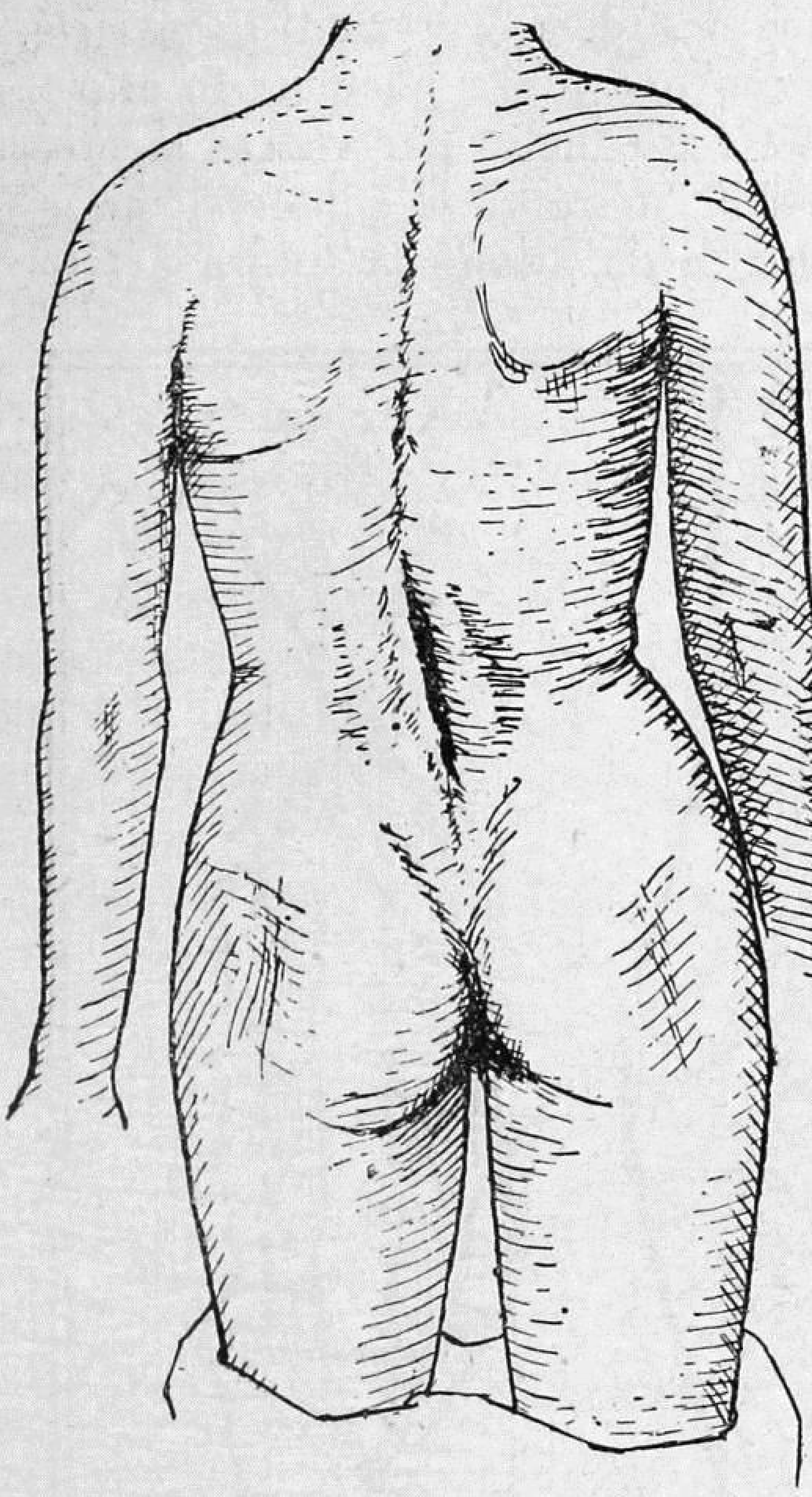


FIG. 4.

Spesso la dolorabilità della colonna è già evidente all'ispezione per la presenza di spasmi muscolari. Notare la scoliosi totale convessa a sinistra, le intumescenze allungate paraspinose del tratto dorso-lombare, la cifosi lombare che ha sostituito la normale lordosi. (Artrite vertebrale in paziente con malformazione congenita della 5ª lomb.; ischialgia destra. Oss. pers.).

In singoli casi è possibile anche l'esplorazione diretta dei corpi vertebrali; così delle prime cervicali, attraverso la parete posteriore del faringe e delle lombari attraverso all'addome.

Non di rado è possibile che la dolorabilità della colonna sia resa evidente già all'ispezione dalla presenza di spasmi della muscolatura vertebrale visibili e palpabili come intumescenze allungate, situate parallelamente alla linea delle apofisi spinose. Essi hanno la più grande importanza fra le cause dei *disturbi della motilità* del rachide, che possono pure essere dati dall'anchilosi delle articolazioni intervertebrali e da alterazioni morfologiche delle vertebre.

È classica la raffigurazione del fanciullo spondilitico che per raccogliere un oggetto di terra, flette cautamente le ginocchia mantenendo rigido il tronco; ma questo quadro indimenticabile non rappresenta che la forma estrema del disturbo funzionale. Bisogna esercitarsi a riconoscere i gradi meno accentuati dei casi iniziali.

Il movimento esclusivamente o più degli altri interessato è in ogni caso la flessione ventrale: di norma, come vedemmo, la linea delle apofisi spinose nel grado estremo costituisce un arco di cerchio leggermente appiattito alla sommità. Ogni deviazione dalla normale morfologia va esattamente valutata e analizzata: le alterazioni della motilità del segmento cervicale sono facilmente apprezzabili. Quelle della colonna lombare possono essere parzialmente occultate da movimenti compensatori nelle articolazioni coxo-femorali.

Più difficile è valutare la motilità del segmento dorsale: qui potrà giovare un accorgimento consistente nella palpazione, con una mano tenuta a piatto contro la colonna, delle apofisi spinose, per rilevare i piccoli spostamenti loro nei movimenti. Non si dimenticherà di notare oltre all'ampiezza, anche il modo come il movimento si svolge.

L'esame della motilità passiva ha importanza generalmente solo nell'esame di bambini per valutare la rigidità della colonna, il paziente essendo in decubito prono (ad esempio sollevando gli arti inferiori dal piano del letto) e in alcune deformità (scoliosi) per saggiarne la correggibilità.

***

Nelle malattie della colonna vertebrale, l'esame dell'asse rachideo va completato da una serie di ricerche sussidiarie di cui caso per caso si impone la necessità.

Su moltissimi pazienti ad esempio occorre far ricerca di un'eventuale partecipazione al processo del midollo o delle sue radici. Nei casi sospetti di spondilite tubercolare dovranno essere esplorate le vie di deflusso degli ascessi ossifluenti. In tutti gli individui affetti da scoliosi si dovrà valutare la capacità respiratoria. Altrove potrà essere necessario l'esame degli organi genitali, del tratto gastro-intestinale ecc.

Sempre finalmente si deve ricorrere al prezioso ausilio dell'esame radiografico.

***

Solo in possesso degli elementi dedotti dall'anamnesi e dei risultati dell'accurato esame, si potrà passare alla sintesi diagnostica.

INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE.

PUTTI. *Diagnostica ortopedica* in TADDEI, *Diagnostica chirurgica*. Un. Tip.-Edit. Torin., 1927.
SCHANZ. *Praktische Orthopedie*. Springer, 1928.
LOUVETT. *Curvature of the spine*. Blakinston, 1925.

LAVORI ORIGINALI.

SEZIONE CHIRURGICA DELL'OSPEDALE G. B. MORGAGNI IN FORLÌ
diretta dal Prof. SANTE SOLIERI

Il taglio laparotomico per l'addome destro

per il prof. SANTE SOLIERI.

È noto che da molti anni mi sono dedicato allo studio dell'addome destro. La mia pubblicazione « Sintonia dell'addome destro » (1) è sintesi delle mie osservazioni cliniche e fisiopatologiche suffragate dalla biopsia.

Ho esperimentato in un numero grande di pazienti quale fosse la incisione laparotomica che meglio si presta alla osservazione completa dell'addome destro ed alla esecuzione delle operazioni che le localizzazioni consociate (appendicite, colecistite, ulcera piloro-duodenale) possono richiedere.

La incisione a *priori* doveva corrispondere *contemporaneamente* a questi requisiti:

1) facile esplorazione della fossa iliaca destra e della regione colecisto-duodeno-pilorica;

2) facile esecuzione in dette regioni delle operazioni necessarie;

3) risparmio di tempo nella dieresi e nella sintesi della parete;

4) agevole ricostruzione degli strati della parete addominale;

5) solidità di questa a cicatrizzazione avvenuta;

6) rispetto della cosmesi.

Non sto qui a ricordare le incisioni laparotomiche usate dai diversi autori per l'appendicectomia, la colecistectomia e le operazioni sullo stomaco, perchè ognuno può leggerle in qualsiasi trattato di Chirurgia; senza dubbio nessuna di esse corrisponde quando si vogliano raggiungere contemporaneamente gli scopi citati più sopra.

Dopo molte prove io uso ora la incisione laparotomica che sto per descrivere (Fig. 1):

1° Tempo: incisione della cute fra i due terzi interni ed il terzo esterno del m. retto addominale da due dita trasverse sopra la linea dell'arcata costale sino alla parte inferiore della fossa iliaca destra.

Incisione su tutta la lunghezza di tale linea della guaina anteriore del retto; incisione longitudinale delle inscrizioni tendinee e divaricazione ottusa delle fibre del muscolo retto.

2° Tempo (*per l'appendicectomia, la cura della plica di Lane, delle membrane di Jakson ecc.*): Incisione trasversa del peritoneo, al di sotto della *piega semilunare del Douglas*, normale alla incisione del m. retto. La breccia può allungarsi quanto si vuole al di sotto delle due masse del m. retto e l'ampliamento si ottiene coll'applicazione di spatole o di divaricatori. Eseguite nella fossa iliaca destra le operazioni necessarie, basta sollevare con una pinza uncinata in alto il bordo interno del retto inciso per vedere la breccia accostare i suoi margini e chiudersi da sè. Con pochi punti in un attimo la sutura è fatta.

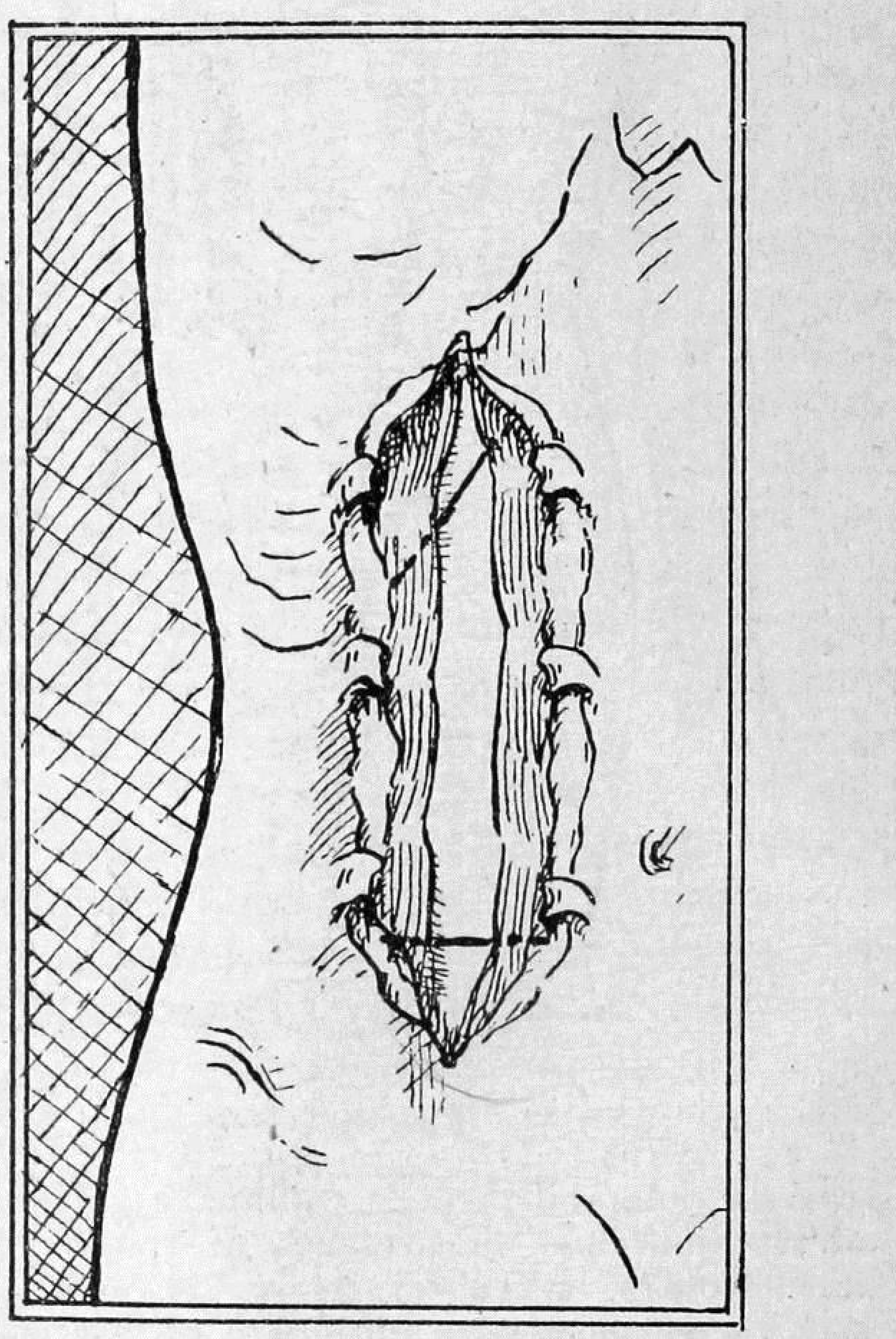


Fig. 1.

3° Tempo (*per la colecistectomia, la colecistostomia, la colecistolisi, l'esplorazione del duodeno, della testa del pancreas, del piloro e dell'antro pilorico*): incisione obliqua delle fibre del muscolo trasverso e del peritoneo dall'angolo superointerno dello spazio retrorettale con decorso rettilineo alquanto divergente dall'arcata costale verso basso e l'esterno sino a raggiungere l'intersezione delle fibre più esterne del retto.

Tutti i visceri che stanno sotto il bordo epatico e la regione piloro-duodenale sono così visibili; la mano sinistra dell'assistente che sia disposta a spatola in profondità e tragga verso sinistra obliquamente in basso stomaco e duodeno lascia vedere alla luce tutto l'ilo del fegato.

La ricostruzione della breccia trasverso-peritoneale è quanto mai facile perchè dalla incisione su una linea obliqua delle fibre del muscolo trasverso la trazione verso l'esterno da parte di esso è quasi del tutto eliminata. Se è necessario

(1) SOLIERI S. *Sintonia patologica dell'addome destro (appendicite, ulcera piloro-duodenale, colecistite)*. Policlinico, Sez. pratica, anno 1925.

lasciare un drenaggio si colloca al livello desiderato.

La disposizione e la indipendenza delle due incisioni descritte tolgono di mezzo la difficoltà spesso notevole e talora penosa della chiusura di una lunga ferita verticale del peritoneo per la trazione esercitata dal m. trasverso.

Se ci si debba limitare alla appendicectomia e colecistectomia od altra operazione sulla colecisti o sul duodeno si passa al

4° Tempo: sutura della aponeurosi anteriore del m. retto previa applicazione di punti robusti di sostegno a livello delle inscrizioni tendinee. Sutura del cellulare e della cute in *agraphes* di *Mikulicz*. Ne risulta una cicatrice rettilinea regolarissima senza pericolo di indebolimento della parete per la disposizione delle suture profonde, che incrociano quelle superficiali, e per l'inguainamento delle fibre del retto entro l'aponeurosi propria.

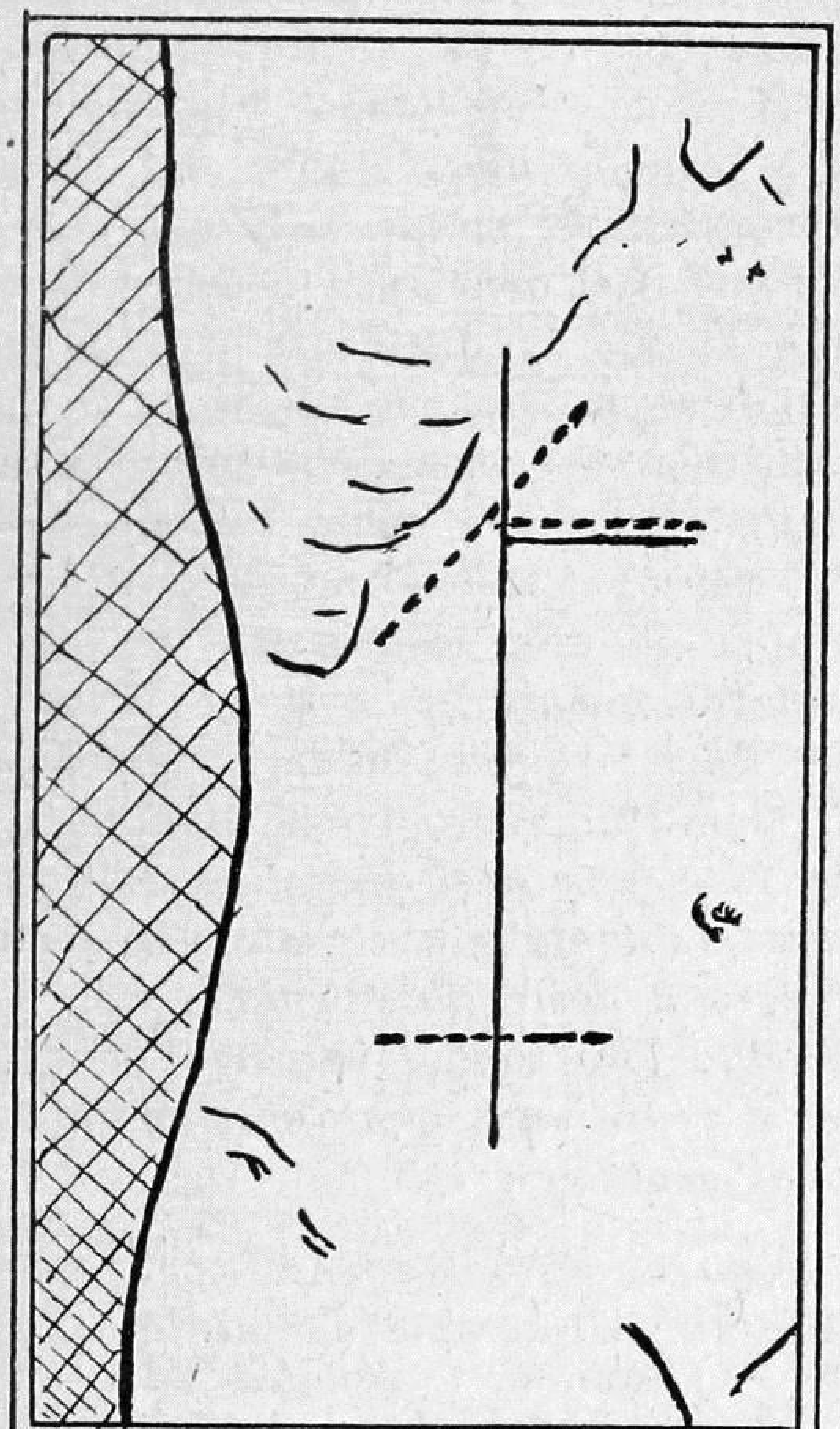


Fig. 2.

Se l'esame fatto colla biopsia della regione duodenale e dello stomaco consiglia di eseguire una gastroenterostomia od una resezione gastrica, allora si aggiunge la seguente parte alla incisione praticata.

A livello della prima inscrizione tendinea del m. retto si seziona sul lato mediale la cute ed il cellulare in senso trasverso sino alla linea alba, poi si taglia la parte interna del muscolo retto sul decorso tendineo della prima iscrizione ed infine sulla stessa direzione il peritoneo.

La breccia che ne risulta concede qualsiasi operazione conservativa o demolitiva sullo stomaco. La ricostruzione riesce molto agevole, più di quello che a prima vista e teoricamente possa sembrare e ciò per due ragioni: primo per il fatto della diminuita azione traente all'esterno delle fibre del trasverso sezionate obliquamente, secondo per l'appoggio che i punti da darsi sul muscolo retto trovano sul tessuto tendineo della inscrizione. La linea di cicatrice prende allora l'aspetto come alla figura 2. Nelle figure le linee punteggiate rispondono alle incisioni profonde.

Ho avuto occasione di eseguire questa ultima parte del taglio laparotomico in diversi casi e ne è risultata una cicatrice solidissima.

Ognuno che esperimenti il taglio laparotomico descritto vedrà che esso corrisponde a tutti i requisiti enunciati per la chirurgia dell'addome destro.

Dall'uso assai più frequente che faccio ora di questa incisione in confronto del passato ho potuto trarre ammaestramenti preziosi sulle relazioni che sono fra le manifestazioni cliniche (ed in ispecie dolorose a tipo colico) e la esistenza di fatti morbosi flogistici nei visceri dell'addome destro. Mi sono cioè potuto convincere che molto spesso si interpreta a torto come indice di una localizzazione flogistica colecistica il dolore esistente proprio sul punto colecistico col corredo fenomenico della colica biliare, fenomeni che in realtà non hanno riscontro in fatti infiammatori o aderenziali della colecisti, ma che invece hanno loro unica causa in fatti morbosi evidenti e talora impressionanti dell'appendice. Di recente in due casi la sindrome clinica portava ad ammettere la esistenza contemporanea di appendicite e colecistite e la biopsia mostrò esistere solo appendicite. In altri due casi recenti la diagnosi, in base alla osservazione clinica, doveva porsi di colecistite pura e non di appendicite: in uno di essi oltre la colica, la febbre, l'ittero, anche l'esame radiografico sembrava mostrare calcoli. In tutti e due nulla si rivelò colla biopsia essere alla colecisti ed invece l'appendice era molto malata. Nel caso in cui esisteva l'ittero, questo in otto giorni dopo l'appendicectomia scomparve del tutto e si ottenne guarigione completa e duratura.

Per la interpretazione dei quali fenomeni rimando al mio lavoro sulla « Sintonia dell'addome destro ».

Forlì, luglio 1928.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Un caso di paralisi post-difterica guarito colla sieroterapia antidifterica ad alte dosi.

Dott. LUIGI TANZI - S. Omero (Teramo).

Avendo avuto l'opportunità di seguire attentamente e curare un caso di paralisi post-difterica guarito colle iniezioni ad alte dosi di siero antidifterico, credo utile renderlo di pubblica conoscenza.

Verso la fine di marzo del corrente anno fui invitato a visitare tale C. F. di anni 17, da Sant'Omero (Teramo). Genitori viventi e sani, senza precedenti ereditari degni di nota. I parenti riferiscono che da circa tre giorni il ragazzo, è malato con febbre alta e dolori di gola. All'esame della gola noto: tonsille fortemente iperemiche, arrossate e dolenti, specie quella di sinistra, per cui il paziente stenta ad ingerire qualsiasi sorta di alimento; placche grigiastre. Temperatura 39. Faccio diagnosi di difterite delle fauci e pratico subito una iniezione di siero antidifterico di tremila U. I. e prescrivo le solite cure del caso.

La febbre però si mantiene alta ed il paziente, essendo tornato a visitarlo, comincia a presentare paralisi del velo pendulo, voce a timbro nasale e impedimento alla deglutizione anche dei soli liquidi, i quali refluiscono per il naso. L'esame della regione dimostra che il velo del palato è floscio ed inerte; l'ugola si arrovescia sulla base della lingua, assenza del riflesso faringeo, anestesia assoluta. Insisto allora nella sieroterapia e pratico a giorni alterni una iniezione di 4000 U. I. Difatti, in breve volgere di tempo, il paziente comincia a migliorare. Senonchè, dopo alcuni giorni, essendo scomparsa la febbre, il paziente comincia ad accusare palpitazione, dispnea e dolore precordiale; polso piccolo e depressibile, la percussione dimostra l'aia cardiaca ingrandita, all'ascoltazione toni deboli, primo tono sordo, il secondo sdoppiato. Prescrivo dei cardiocinetici e riposo assoluto, si che dopo pochi giorni nel paziente è evidente un sensibile miglioramento, cui segue la guarigione dei disturbi suaccennati.

Ma dopo circa un mese da che si era effettuata la guarigione, vengo di nuovo chiamato presso l'infermo, perchè questi, a detta dei parenti, nel ricominciare a levarsi da letto, aveva dimostrato una debolezza spiccata agli arti inferiori e in seguito anche a quelli superiori.

All'esame obbiettivo rilevo quanto segue: l'infermo si sostiene male in posizione eretta e deve essere sorretto per poter compiere a stento qualche passo: riflessi patellari aboliti, Babinski assente, sensibilità conservata; gli arti superiori sono pure colpiti, le mani sono come retratte e non possono compiere che piccoli movimenti.

Inizio subito una cura a base di stricnina ma, non ottenendo alcun risultato, il 4 giugno inietto 4000 U. I. di siero antidifterico.

7 Giugno. Noto lievissimo miglioramento. Insisto sulla sieroterapia a dosi crescenti ed inietto 5000 U. I. di siero.

9 Giugno. Condizioni un po' migliorate. Iniezione di 7000 U. I.

10 Giugno. Iniezioni di 10.000 U. I. È evidente un miglioramento nella deambulazione.

11 Giugno. Iniezione di 10.000 U. I.

12 Giugno. Iniezione di 20.000 U. I. Dopo questa iniezione che l'ammalato, come le precedenti, sopportò sempre benissimo, il miglioramento si rese di giorno in giorno più evidente ed io non ritenni opportuno insistere oltre nella sieroterapia. Il paziente, mano mano, con l'aiuto dei parenti, cominciò a levarsi dal letto e a fare qualche passo, prima col sostegno di una mano e poi senza alcun appoggio.

In breve si risolse la paralisi degli arti inferiori e poi anche di quelli superiori.

Il caso suddescritto si presta ad alcune considerazioni, specie riguardo alla terapia adottata. Al nostro infermo, nello spazio di una settimana, furono iniettate complessivamente 56.000 U. I. di siero antidifterico. Il paziente non ebbe a presentare mai fenomeni d'intolleranza e si avvantaggiò notevolmente della cura, tanto da ottenere in breve volgere di tempo la guarigione.

Oggi la grande maggioranza dei clinici non esita a consigliare, specie nei casi gravi, iniezioni ad alte dosi di siero, vincendo così lo scetticismo o meglio la diffidenza che si aveva in genere fino a poco tempo fa per la sieroterapia intensiva. Quel che rimane accertato dalla pratica clinica è che, nelle complicazioni gravi della difterite, non vi è metodo migliore di cura della sieroterapia ad alte dosi, specie se la cura fu iniziata tardivamente.

E, per finire, ripeterò quanto ebbe a scrivere il prof. Maestrini nella rivista *Studium* n. 1 del gennaio 1924: « *Le dosi di siero antidifterico dovranno essere tanto più elevate per quanto più tardivo sarà il nostro intervento, e non si dovrà cessare dalla loro somministrazione sino a tanto che non si vedrà un marcato miglioramento delle condizioni generali e locali* ».

BIBLIOGRAFIA.

D. MAESTRINI. *Sieroterapia ad alte dosi nella difterite.* Studium, n. 1, gennaio 1924.

D. TANGHERONI. Policlinico, Sezione pratica, fasc. 8°, 1922.

A. VENUTI. Ibid., fasc. 41, 1924.

GILBERT. *Trattato di medicina e terapia.*

NOTE E CONTRIBUTI.

Una famiglia di cancerosi.

Dott. ALEARDO CERIOLI
Direttore Osped. Civile di Lonato (Brescia).

Come ha fatto il dott. M. Bioglio — nel fasc. 11, 1928 di questo periodico — pubblico la storia di una famiglia da cui risulta l'importanza del fattore ereditario nella genesi dei tumori maligni. Per ovvie ragioni contrassegno gli individui con lettere convenzionali.

CASO I. — A. Donna deceduta nel 1877, all'età di a. 70, dopo lunghe sofferenze per tumore maligno — diagnosi indubbia dei curanti — interessante la gola o più probabilmente l'esofago. Veniva nutrita con sonda esofagea e morì in istato di profonda denutrizione « di fame », come risulta dalle notizie per certo attendibili che ho potuto raccogliere. Prima della malattia era piuttosto grassa ed aveva gola grossa. (Il marito di questa donna, morto ad a. 87, improvvisamente, non era bevitore, aveva gozzo voluminosissimo). La A. ebbe due soli figli, B. e C.

CASO II. — B. Morì ad a. 65 per cancro della tiroide. Il tumore interessava il lobo sinistro ed aveva raggiunto il volume di un grosso pugno. Curato dal dott. G. Leonesio, venne operato dal dott. G. Filippini, chir. prim. Osp. Civ. di Brescia. Decedette pochi giorni dopo l'operazione. Era uomo di forte corporatura, bevitore e fumatore, ed aveva gola grossa anche prima della malattia.

CASO III. — C. Morì ad a. 72, in 7 mesi, per cancro della retrobocca, sorto dal lato sinistro della base della lingua e che produsse vasta ulcerazione interna, con stenosi delle fauci, tumefazione dei gangli sottomentali. Venne curato da me. Non era fumatore nè ciccatore, nè mangiatore, nè bevitore; all'opposto amava molto le frutta ed il miele. Era di corporatura poco sviluppata e piuttosto magro, con modico gozzo. Ebbe artrite in gioventù.

CASO IV. — D. Figlio unico di C., e di madre morta ad a. 25 di parto. Morì ad anni 51 per cancro del lobo destro della tiroide. Curato da me venne operato dall'esimio dott. G. Ferroni, chir. prim. Osp. Civ. di Brescia, ai primi segni del male (abbassamento di voce) ma tosto recidivò con ulcerazione esterna e formazione di un tumore a cavolfiore del peso di circa un kg. Era fumatore e bevitore, non però molto esagerato, di corpo alquanto massiccio, con modico gozzo.

CASO V. — E. Figlio unico di un fratello della A. (che era individuo molto grande e grasso, gran bevitore e fumatore e morì in età avanzatissima per malattia sulla quale non ho potuto avere notizie sicure). L'E. morì ad a. 60 per cancro non ulcerato del lobo destro della tiroide grosso quasi come un pugno. Venne visto da me e dal dott. G. Leonesio che conferma pienamente detta diagnosi. Era individuo di statura superiore alla media ed in buono stato di nutrizione, con modico gozzo. Era fumatore, non grande bevitore.

Tutti gli individui di cui sopra condussero vita agiata, in campagna, senza dedicarsi a lavori manuali od intellettuali.

In tutti questi cinque consanguinei il cancro colpì organi affini per derivazione embriologica, poichè tanto la faringe come la tiroide, come l'esofago hanno origine dalla porzione superiore dell'intestino primitivo (proenteron), che per riassorbimento della membrana prefaringea del Rathke si pone in comunicazione colla depressione ectodermica buccale (stomodaeum). Ciò deporrebbe per un fattore disponente trasmissibile istogeno, piuttosto che — od oltre che — umorale del tumore maligno.

Il gozzo endemico favorisce come è noto il cancro della tiroide, verificatosi in tre dei soggetti. Forme la cui insorgenza può ritenersi favorita dall'abitudine di fumare si ebbero solo in C., forse in A., che non fumavano, mentre un'attitudine ad ammalare doveva pure esistere nella bocca e faringe di B. D. E. fumatori, nei quali il cancro si stabilì invece sulla tiroide.

SUNTI E RASSEGNE.

IMMUNITA' E ANAFILASSI.

Allergia, anafilassi ed idiosincrasia.

(BLOCH. *Klinische Wochenschrift*, 1928, 3 giugno)

Si vanno delineando due distinte tendenze circa il modo di considerare i rapporti tra affezioni cutanee e condizioni interne: per alcuni le dermatosi sono le esponenti di cause endogene, per altri le lesioni cutanee sono primitive ed esse stesse causa delle eventuali modificazioni umorali e citologiche.

La prima concezione è di antica data. Molte dermatosi, come l'eczema, l'orticaria, il prurigo, le tossicodermie, sono state considerate per lungo tempo come prodotte da cause interne dell'organismo, come le manifestazioni di lesioni di singoli organi o di perturbamenti costituzionali.

Oggi queste stesse dermatosi sono considerate come reazioni dell'organismo in confronto di sostanze estranee.

Queste reazioni sono attribuite all'allergia, ossia ad una reazione dell'organismo modificato da una malattia precedente, all'anafilassi, oppure ad una condizione ancor meno definita quale l'idiosincrasia.

L'idiosincrasia, come è noto, è costituita da una speciale capacità posseduta da alcuni individui di reagire in modo particolare in confronto di determinate sostanze che per la generalità sono indifferenti o provocano reazioni affatto diverse.

Si è tentato di assimilare i fenomeni idiosincrasici a quelli allergici e anafilattici.

L'allergia è una condizione acquisita dovuta alla formazione di anticorpi specifici che associandosi all'antigene determinano una reazione speciale dell'organismo. Questi anticorpi si trovano liberi negli umori, ma sono prodotti generalmente nell'interno delle cellule.

I fenomeni allergici sono ancora molto oscuri, e nulla si fa fino ad oggi circa il loro meccanismo di produzione.

È certo però che per aversi la comparsa degli anticorpi mediante l'impiego di antigeni è necessaria l'integrità delle cellule. D'altra parte la reazione allergica o la malattia allergica si produce nella sede stessa degli anticorpi, ossia a livello delle cellule.

Le cellule reagenti variano a seconda dell'antigene. Per la primola sono le cellule epidermiche, per i pollini le cellule dell'apparato respiratorio, per l'antipirina le cellule dell'apparato cardio-vascolare.

Tuttavia antigeni differenti possono provocare reazioni organiche analoghe o identiche.

La sensibilizzazione si determina introducendo nell'organismo o in tessuto un antigene capace di produrre anticorpi cellulari. La sensibilizzazione può provocarsi dopo una sola introduzione o in seguito a ripetute introduzioni di antigene.

Le sostanze con le quali si possono sensibilizzare quasi tutti gli individui sono l'estratto di primola ed i sali di nikel. La sensibilizzazione è possibile ma non costante con l'iodoformio ed il mercurio.

In alcuni casi l'introduzione dell'antigene può determinare fin dalla prima volta la reazione allergica.

Quando mettendo in contatto anticorpi specifici ed i loro antigeni non si verifica nessuna reazione o si verifica una reazione debole si ha l'immunità, l'antianafilassi o la desensibilizzazione, di cui il tipo più semplice e più evidente è dato dalla protezione dell'organismo fornita in confronto di un veleno dagli anticorpi liberi nel sangue.

La presenza di questi anticorpi liberi nel sangue ha importanza non solo dal punto di vista ereditario, ma anche da quello diagnostico.

Mediante il metodo suggerito da Prausnitz e Kaustner si possono avere elementi decisivi per la diagnosi di alcune malattie.

Questo metodo consiste nell'iniettare sotto la pelle d'individui normali siero di sangue di un individuo affetto da una certa malattia e successivamente la sostanza estranea che si ritiene provocatrice del male. Così se ad un individuo sano si inietta sotto cute un decimo di cmc. di siero di un individuo affetto da febbre da fieno, e l'indomani nel medesimo un estratto pollinico, si constata la formazione immediata di una papula che dura 20-30 minuti, la cui comparsa è specifica e legata all'esistenza d'anticorpi liberi.

I fenomeni d'anafilassi e d'allergia si possono provocare a volontà in tutti i soggetti e sono perciò indipendenti dalla costituzione individuale, e per questo si distinguono dall'idiosincrasia che è per definizione un fatto essenzialmente individuale.

D'altra parte la natura della sostanza che provoca i fenomeni di idiosincrasia è generalmente molto semplice dal punto di vista chimico, mentre i fenomeni allergici ed anafilattici sono determinati da sostanze proteiniche, ossia da sostanze chimicamente complesse, quantunque in questi ultimi tempi sia stato dimostrato che essi possono essere prodotti anche da sostanze cristalloidi.

Comunque sembra che tra l'idiosincrasia da una parte e l'allergia e l'anafilassi dall'altra ci siano solo differenze di grado.

Come i veleni idiosincrasici sono senza effetto per la generalità degli uomini, così la tubercolina, l'albumina e altri antigeni sono senz'effetto negli individui non sensibilizzati.

D'altra parte la legge della specificità è valevole per l'idiosincrasia così come per i fenomeni allergici e anafilattici.

Non è dubbio che tra i due gruppi di fenomeni vi sono evidenti analogie, ma non si può parlare ancora d'identità.

DR.

L'intradermoreazione colesterinica nelle malattie "precipitanti".

(M. LOEPER e A. LEMAIRE, *Acta Medica Latina*, Fasc. 1, 1928).

Le ricerche moderne hanno messo in evidenza l'importanza del pancreas nel metabolismo della colesterina, ed hanno rivelato la presenza di questa sostanza nella maggior parte delle concrezioni articolari e periarticolari della gotta e del reumatismo cronico deformante, permettendo così di ampliare la lista dei depositi locali colesterinici rappresentata dai calcoli biliari, dallo xantoma, dalla retinite a placche bianche, dall'ateroma arterioso. L'ipercolesterinemia collega queste differenti affezioni, per altri rispetti così diverse, ma non ne rappresenta la causa sola, poichè numerosi stati morbosi in cui il tasso della colesterina nel sangue è aumentato, non presentano depositi locali. È necessaria, per questo, una *tendenza precipitante*.

Agli AA. quindi è sembrato logico ricercare col mezzo della intradermoreazione colesterinica la tendenza precipitante di un determinato orga-

nismo. Questo metodo presenta una difficoltà tecnica iniziale: la insolubilità della colesterina nel solvente abituale, iniettabile. Dopo aver usato la soluzione oleosa al 3-5 %, gli AA. hanno sostituito a questa una sospensione colloidale, secondo il metodo di Decourt. La tecnica è quella di ogni iniezione intradermica, ma esattamente intradermica: immessa nel cellulare sottocutaneo la colesterina non darebbe luogo ad alcun effetto.

Quando, con la soluzione oleosa, l'intradermoreazione è negativa non esiste altro, durante i due giorni che seguono l'iniezione, che una semplice traccia traumatica, o un leggero arrossamento dileguantesi in breve.

Quando l'intradermo è positiva essa è visibile anche oltre il 3° giorno. Nei casi più tipici la reazione è di tipo papulo-eritematoso: il punto della iniezione è circondato da un induramento nodulare netto, rosso, palpabile, che il rossore sorpassa per una estensione pari a una moneta da 2 franchi. La zona si spiana appena sotto la pressione che riesce dolorosa un poco. Vi sono casi meno netti, in cui non esiste che l'induramento, mentre un rossore temporaneo compare per frizione leggera della pelle. La durata media della reazione è di 3-4 giorni, e scompare abitualmente senza lasciare tracce.

Fra le obbiezioni che possono essere fatte alla intradermoreazione colesterinica, ha importanza quella che può riferirsi alla minima quantità di colesterina iniettata: usando la soluzione oleosa al 3 % la dose di prodotto attivo che si deposita nel derma varia da 6 a 9 milligrammi. Ciò non deve sorprendere, se si pensa ai risultati che si ottengono con quantità anche più deboli di certe tossine (difterica o scarlattinosa) utilizzate per intradermoreazione. La scarsa capacità di riassorbimento del derma dovrebbe essere la causa più verosimile della reazione alla colesterina. Una seconda obbiezione di maggior valore riguarda la natura del solvente oleoso che è necessario impiegare come veicolo della colesterina. Ma le reazioni di controllo bene eseguite con olio di ulivo puro e sterile hanno mostrato che mai si ottengono reazioni paragonabili a quelle date dall'olio colesterinato.

L'esame di insieme dei risultati mostra che hanno presentato reazioni francamente positive casi di: reumatismo deformante a etiologia non infettiva, artropatia luetica senza tabe, tofi colesterinici dell'orecchio, colecistite calcolosa, litiasi doppia biliare e renale, ipertensione con aortite e induramento arteriale, xantoma, cirrosi etilospecifica. Hanno invece dato reazione negativa casi di: reumatismo infettivo (articolare acuto, gonococcico, tubercolare), ittero catarrale e spirochetosico, ipertensione, nefrite acuta e cronica, tabe, pleuriti tubercolari, sclerosi polmonari, tubercolosi polmonare, asistolia, emiplegia, ulcera gastrica e duodenale, tifoide, polmonite acuta, enterite, m. di Pott, cirrosi alcoolica, diabete, colecistite operata da 4 mesi. La conclusione è facile: considerando valevoli solo le reazioni nettamente positive, cioè papulo-eritematose raggiungenti l'estensione almeno di una moneta da 1 franco verso il 3° giorno, si trova che l'intradermoreazione è praticamente positiva solo nei differenti tipi di malattie precipitanti. Esistono reazioni dubbie negli obesi, nel corso di alcune congestioni epatiche, di angiocolecistiti non calcolose, ma esse sono fugaci. Al di fuori di questi casi la reazione è negativa, e non è influenzabile dalla temperatura.

Ricerche eseguite allo scopo di chiarire la relazione fra la intradermoreazione e la colesterinemia hanno condotto alla seguente conclusione generale: le forti intradermoreazioni sono accompagnate da ipercolesterinemia.

Per studiare il meccanismo di formazione della intradermo sono state fatte delle prove sperimentali da cui risulta che l'azione accelerante il riassorbimento della colesterina *precipitata* nei tessuti dimostrata dalla insulina e dal fosforo, è apparsa nulla rispetto ai *depositi* sperimentali intradermici. Inoltre lo studio biologico della intradermoreazione ha fatto rilevare chiaramente la trasformazione *in situ* della colesterina colloidale in colesterina cristallizzata: l'importanza patogenetica di questa costatazione risulta dal fatto che la colesterina si trova nel plasma sanguigno verosimilmente allo stato colloidale, e nelle varie concrezioni patologiche allo stato cristallino.

Una vera conclusione non si può trarre da risultati troppo scarsi riguardanti l'esame di un parallelismo tra la tendenza precipitante manifestata a livello del derma per l'iniezione colesterinica, e la flocculazione del siero in presenza di colesterina.

È stato anche saggiato il potere litico del siero di sangue dei vari malati rispetto alla colesterina. Si può ammettere, secondo gli AA., che alcuni sieri umani, messi in presenza di colesterina cristallizzata, dimostrano un potere dissolvente. È probabile che altri abbiano un potere precipitante. Gli AA. così concludono: l'intradermoreazione colesterinica permette di svelare le tendenze precipitanti dei tessuti di alcuni organismi generalmente ma non costantemente ipercolesterinemici. Essa deve essere applicata in tutti i soggetti reumatizzati, gottosi, o litiasici che si classificano nel gruppo assai confuso dell'artritismo.

A. PICCINELLI.

Intorno all'azione dell'atropina e della pilocarpina sulla crisi anafilattica.

(E. SECHI. *Pathologica*, 15 luglio 1928).

Auer e Lewis osservarono nel 1909 che iniettando sotto cute a cavie sensibilizzate con siero, una determinata quantità di soluzione di solfato di atropina, la crisi anafilattica era soppressa o assai attenuata.

In seguito vari autori intrapresero ricerche intorno ai probabili e possibili rapporti fra anafilassi e sistema parasimpatico. Ma i risultati ottenuti furono spesso opposti e contraddittori: infatti per alcuni il trattamento con atropina preserverebbe l'animale sensibilizzato dalla crisi anafilattica, per altri non avrebbe alcuna azione. Stando a questo punto le cose l'A. ha voluto occuparsi direttamente dell'importante argomento ed ha eseguitto alcuni esperimenti su due gruppi di cavie. Un primo gruppo di animali fu preparato con iniezione sottocutanea di albume d'uovo e dopo un certo tempo provato mediante iniezione intravenosa di albume d'uovo, preceduta o no da iniezione di atropina o pilocarpina per via peritoneale.

Le cavie trattate con atropina presentarono una spiccata diminuzione di sensibilità allo choc anafilattico; quelle trattate con pilocarpina presentarono invece una sensibilità identica ai controlli.

Le cavie del secondo gruppo vennero preparate con iniezione sottocutanea di siero di cavallo e poi provate con iniezione endovenosa di siero di cavallo preceduta o no da iniezione endoperitoneale di solfato di atropina o di cloridrato o solfato di pilocarpina. Gli animali di questo gruppo non presentarono nessuna modificazione della crisi anafilattica.

L'A. non sa come spiegare la contraddizione dei risultati dei due gruppi: solo conclude doversi, in ricerche di questo genere, andare molto cauti a trarre conclusioni di ordine generale, perchè intervengono probabilmente condizioni intrinseche che ancora non siamo capaci di riconoscere e valutare.

VICENTINI.

UROLOGIA.

I metodi d'esame della funzionalità renale.

(LEGRAND. *Journal des praticiens*, 6 ottobre 1928).

I metodi d'esame adoperati attualmente per saggiare la funzionalità renale si possono classificare in quattro gruppi: 1) Metodi esploranti la eliminazione dei cloruri; 2) Metodi esploranti la eliminazione dell'urea; 3) Studio dell'eliminazione dei coloranti; 4) Studio dell'eliminazione dell'acqua.

A) Widal e Lemierre hanno messo in evidenza l'importanza della ritenzione dei cloruri in certe forme di nefriti. I cloruri in eccesso, che il rene non ha potuto eliminare, passano nei tessuti e vi richiamano per osmosi l'acqua: è questo il meccanismo di produzione degli edemi di origine renale.

Ma nel periodo iniziale gli edemi si formano solo profondamente, nei visceri, non sono visibili e possono mettersi in evidenza con il metodo delle pesate: se in soggetti sottoposti a regime declorurato si ha una rapida diminuzione di peso, si avrà la prova dell'esistenza degli edemi profondi e quindi della ritenzione di cloruri.

Un altro metodo è quello detto del bilancio dei cloruri ingeriti ed eliminati. Si sottopone l'infermo ad un regime fisso contenente non più di un grammo e mezzo di cloruri (pane senza sale gr. 500, patate gr. 400, carne senza sale gr. 200, burro senza sale gr. 80, birra un litro, limonata un litro). Se la quantità di cloruri eliminati quotidianamente è superiore a quella ingerita per parecchi giorni, si deve ammettere la ritenzione. Si osserva contemporaneamente poliuria da scomparsa degli edemi.

Il dosaggio dei cloruri nel sangue non dà sicuri risultati a causa della tendenza del sangue a mantenere costante il tasso di cloruri.

Poco pratica è la refractrometria indirizzata a saggiare lo stato di diluizione sanguigna, dell'idremia proporzionale all'aumento dei cloruri.

La prova della cloruria di Achard si pratica nel modo seguente. Al soggetto sottoposto a regime declorurato si fa ingerire una quantità fissa di cloruro di sodio. Dosando quotidianamente i cloruri contenuti nell'urina ci si rende conto dell'eliminazione dei cloruri ingeriti.

Il metodo più semplice è quello delle pesate dopo clorurazione. Si mantiene il soggetto a regime declorurato fino a stabilizzazione del suo peso. Quindi si danno 10 grammi di cloruri al giorno. Nei sani il peso aumenta per due giorni e poi si stabilizza. Nei malati di ritenzione di cloruri il peso aumenta continuamente senza raggiungere mai o solo con sforzi lo stato di equilibrio. In rapporto alla rapidità dell'eliminazione dei cloruri e della produzione dell'equilibrio Pasteur-Vallery-Radot hanno stabilito il ritmo a scaglione della ritenzione clorurata in quattro gradi: 1) scaglione di tre giorni ed equilibrio: permeabilità normale; 2) scaglione prolungato, equilibrio tardivo: permeabilità diminuita; 3) abbozzo di scaglione: permeabilità molto diminuita; 4) assenza di scaglione: permeabilità quasi abolita.

B) Fra tutti i metodi per saggiare l'eliminazione dell'urea il più semplice è quello che Widal ha chiamato la misura della pressione unica, ossia il dosaggio dell'urea nel siero. L'urea si può dosare con il metodo dello xantidrol e del-

l'ipobromito di soda, il quale dà dal punto di vista clinico risultati sufficienti. Normalmente il sangue contiene 30-40 centigrammi d'urea, quantità che può giungere fino a centigrammi 50 nei mangiatori di carne. In alcune forme di nefrite acuta può giungere fino a 6 gr.

Widal ha fissato il valore prognostico del contenuto di urea nel siero con le seguenti leggi: 1) quando l'urea è al di sotto d'un gramma, l'azotemia è leggera e può regredire; 2) quando è tra uno e due grammi, la morte avviene nel corso di uno o due anni; 3) quando è tra due e tre grammi la morte avviene in qualche settimana; 4) al di là di tre grammi la morte è imminente.

Queste leggi però non vanno applicate alle nefriti acute, alle crisi acute delle nefriti croniche, alle cardiopatie.

In ogni caso i dosaggi devono essere ripetuti.

Con questo metodo si apprezzano difficilmente le piccole insufficienze renali, quelle che costituiscono i primi gradi dell'azotemia, per svelare le quali serve la costante d'Ambard.

Ambard ha trovato che: 1) quando il rene secerne urea ad una concentrazione costante, il contenuto ureico varia come il quadrato del contenuto di urea nel siero; 2) che con un contenuto del siero in urea normale il rene secerne a concentrazioni variabili, il contenuto di urea nell'urina è inversamente proporzionale al quadrato della concentrazione dell'urea nel siero.

La costante normale è 0.07; ogni elevazione indica un disturbo dell'escrezione ureica.

C) I metodi basati sull'eliminazione delle sostanze coloranti sono quelli al bleu di metilene e alla fenolftaleina.

Il primo è ora andato un po' in disuso. Dopo aver fatto vuotare la vescica al malato, gli si inietta sotto pelle un cmc. di soluzione al 5 % di bleu di metilene. Quindi si raccoglie l'urina ogni mezz'ora fino a scomparsa della colorazione. Allo stato normale il bleu compare nell'urina un quarto o mezz'ora dopo l'iniezione e l'eliminazione dura da 36 a 60 ore. L'eliminazione è ritardata nella sclerosi renale ed è anticipata in altre lesioni come l'amilosi. È una buona prova, ma troppo lunga. Ha anche l'inconveniente d'essere influenzata dai disturbi epatici.

La prova della fenolftaleina è più rapida e più semplice. Si inietta nei muscoli, a digiuno e previo svuotamento della vescica, un cmc. di soluzione contenente 6 milligrammi di fenolsulfonftaleina, e si fanno bere 100 cmc. di acqua. Si raccoglie l'urina un'ora e dieci minuti dopo l'iniezione, si alcalinizza per far ricomparire il colore, si diluisce ad un litro e si paragona con una scala colorimetrica. Un soggetto normale elimina in un'ora e dieci il 55 % del colorante; al di sotto di questo limite esiste insufficienza renale.

D) L'eliminazione dell'acqua dipende da due fattori, renale e circolatorio. L'acqua è l'eccitante naturale della secrezione renale, e per studiare quest'azione occorre eliminare il fattore extrarenale, il circolatorio. Albarran mediante il cateterismo ureterale ha potuto studiare la secrezione dei due reni con il medesimo regime circolatorio, stabilendo le seguenti leggi: 1) il rene malato ha una funzione più costante del rene sano e la sua funzione varia in relazione alla distruzione del suo parenchima; 2) quando uno solo dei reni è malato o più malato in caso di disturbi della secrezione urinaria, esso modifica la sua funzione meno dell'altro.

Con la prova della diuresi provocata si apprezza il fattore renale e quello circolatorio. Si danno all'infermo tre pasti al giorno: alle nove 250 gr. di latte, alle 12 e alle 19 pasti ordinari più 400 cmc. di acqua. Dopo qualche giorno si somministra una quantità fissa di Na Cl. Quindi la prova dura 4 giorni. Si raccoglie l'urina in bicchieri differenti dalle 21 alle 7, dalle 7 alle 9, e dalle 9 alle 21. Il primo giorno l'ammalato si leva alle 7, il secondo alle 9, il terzo alle 7 e tra le 6 e le 7 beve 600 cmc. di acqua.

In tal modo si apprezza la diuresi nelle varie posizioni del corpo, il rapporto tra la diuresi notturna e diurna (che normalmente è 1 a 3), la diuresi dopo ingestione d'acqua. Nei soggetti normali l'acqua ingerita dalle 7 alle 9, provoca poliuria e l'urina emessa è maggiore dell'acqua ingerita, mentre la densità è diminuita. La posizione ha sulla diuresi una scarsa influenza.

Se il valore renale è diminuito si ha diuresi notturna abbondante, nessuna modificazione dopo l'ingestione di acqua, che non modifica la densità che è sempre bassa, e nessuna influenza della posizione. Si ha pleionuria e pleiocloruria notturna.

In caso di disturbi circolatori si ha: poliuria notturna e mattutina nettamente influenzata dalla posizione; densità alta; pleionuria e pleiocloruria diurna.

DR.

La prova del « valore e della concentrazione ureica ».

(HUNT. *The Lancet*, CCXV, 5488, nov. 1928).

Tale prova, proposta da Calvert nel 1924, di cui porta il nome, è una modificazione della prova ureica di Mac Lean. L'A. riferisce i risultati ottenuti con tale prova su affezioni renali, durante gli ultimi tre anni. La prova di Calvert fu eseguita in 75 infermi, insieme alle altre prove di laboratorio, per stabilire le condizioni funzionali del rene; come p. es. la quantità di albumina, il tasso dell'azotemia, e quando fu possibile, l'autopsia.

La prova di Calvert non può dare indicazioni sulla esatta lesione istologica o sulla parte del tessuto renale malato, così come avviene per le altre prove sulla funzionalità renale.

Da questa incompleta conoscenza, sorge quella confusione sulla nomenclatura delle nefriti che tuttora esiste.

Per le sue ricerche, l'A. ha diviso le lesioni renali croniche in tre gruppi: piccolo rene bianco e piccolo rene rosso, che corrispondono alla sclerosi maligna e benigna dei tedeschi; grosso rene bianco, con il tipo della nefrite idremica (albuminuria, edemi, ritenzione clorurata).

La prova di Calvert può dare qualche utile indicazione nel primo e secondo gruppo, è meno utile nel 3°.

I casi di nefrite cronica interstiziale del 1° e 2° gruppo studiati furono 53. In 43 casi la prova di Mac Lean (massima concentrazione dell'urea) fu bassa, di 2 % o meno, percentuale considerata da qualcuno normale; negli altri 9 casi, l'indice ureico fu elevato; la pressione in questi casi era alta, e non vi era azotemia.

La critica mossa alla prova di Mac Lean, che cioè fa scoprire una lesione renale allorchè è già alquanto pronunziata, non si può applicare alla prova di Calvert, la quale può svelare i disturbi renali molto prima che la prova di Mac Lean.

Nei primi due gruppi la prova di Calvert può dare delle indicazioni per poterli differenziare, e per stabilire l'indice di ritenzione azotata.

Infatti una concentrazione massima alta, con un alto valore è caratteristica di arterio-sclerosi, senza insufficienza renale; una concentrazione massima diminuita, con un alto valore, sta per un'arterio-sclerosi con atrofia renale.

Un'alterata concentrazione massima, con valore alterato indica una forma maligna con piccolo rene bianco.

Nefriti parenchimatose e valore della prova. — La prova di Calvert nelle gravi nefriti acute si mostra insufficiente, ma tuttavia dà valori più attendibili di quella di Mac Lean.

La caratteristica di questa forma morbosa è la diminuita escrezione di acqua; la prova di Calvert, che dà indicazioni su tale eliminazione, può essere talora usata in luogo della prova della diluizione, usata da Volhard; tuttavia è sempre opportuno abbinare le due prove, per poter avere dei dati più attendibili.

La prova di Calvert si eseguisce nel modo seguente: il paziente ingerisce il suo abituale cibo; però dopo le ore 12 non prenderà più liquido fino alla durata dell'esperimento. Alle 9 p. m. si fa vuotare la vescica, e si somministrano allora gr. 15 di urea in 4 once (gr. 95) di acqua. Alle ore 10 p.m. si fa di nuovo vuotare la vescica, e poscia si fa mettere a letto l'inf., raccogliendo le urine della notte fino alle ore 7. A tale ora si somministrano once 30 (gr. 750) di acqua o the, e si raccolgono le urine delle due ore successive.

Si dosa la quantità dell'urea su di un campione dell'urina della notte e su quello dell'urina ottenuta dopo l'ingestione di acqua. La quantità di urea del 1° campione costituisce la concentrazione massima, quella del 2° campione, la concentrazione minima; la loro differenza è il *valore* dell'urea.

CARUSI.

SISTEMA DIGERENTE.

La diagnosi e la cura della neurosi gastrica.

(P. F. ARULLANI. *Gazzetta Ospedali e Cliniche*, 30 sett. 1928).

La diagnosi tra catarro gastrico e neurosi gastrica è spesso assai difficile a farsi perchè vi sono numerosi sintomi comuni alle due malattie ed anche perchè turbe nervose compaiono spesso nel decorso di un catarro gastrico genuino.

Le prove del chimismo gastrico su cui in passato si fondava in gran parte la diagnosi differenziale in questione hanno perduto molta importanza perchè in molti casi di neurosi gastrica sono state trovate alterazioni del chimismo (ana- o ipercloridria).

Un sintoma clinico differenziale costante è quello della sensibilità di tensione dello stomaco, che è più alta nei soggetti isterici o neurastenici con disturbi gastrici (Arullani).

Altro sintomo differenziale è la presenza costante nella neurosi gastrica di una zona iperestesica alla pressione in corrispondenza del « punto solare ».

Altri sintomi caratteristici della neurosi gastrica sono la comparsa di sintomi vagotonici (dermografismo, spasmo del cardias e del piloro, stipsi spastica, albuminuria ortostatica) e simpaticotonici (midriasi, frequenza del polso, aumento della pressione arteriosa) che non si verificano nel catarro gastrico semplice.

Il vomito nella neurosi gastrica compare subito dopo l'ingestione del cibo mentre nel catarro gastrico appare da tre quarti d'ora a un'ora dopo di essa.

La diagnosi differenziale tra le due affezioni ha grande importanza sopratutto per i fini della terapia.

Nel catarro gastrico si regolerà il chimismo alterato con dietetica adatta e si tonificherà l'organismo con ricostituenti a base di ferro, arsenico e lecitine.

Nella neurosi gastrica invece non ha valore la qualità e la quantità dei cibi, e si otterrà spesso un miglioramento notevole permettendo al malato di soddisfare i capricci dello stomaco. Sarà opportuno somministrare tonici del sistema nervoso (bromuri, belladonna, glicerofosfati) ed anche rimedi opoterapici a base di tiroide e di surrenale, che agiscono come tonici del vago e del simpatico.

f. v.

I sintomi delle linfadeniti mesenteriche.

(SHORT. *The Lancet*, CCXV, 5488, nov. 1928).

Le ghiandole dell'intestino tenue sono molto numerose, circa 200, e sono divise in tre gruppi, situate tra le pareti del mesentere.

Le ghiandole dell'angolo ileo-cecale sono le seguenti: iliache, del mesentere dell'ileo terminale, ileocoliche anteriori e posteriori, dell'angolo fra l'ileo e il cieco, appendicolari.

Le ghiandole del grosso intestino sono epicoliche, tra le pareti dell'intestino, paracolitiche, lungo le pareti arteriose, intermedie, lungo il corso dei vasi del grosso intestino; gruppo di ghiandole vicino ai vasi. Alcuni nodi linfatici seguendo il colon si portano presso gli ureteri: queste ultime hanno una grande importanza clinica.

Anatomopatologicamente, l'infiammazione delle glandole può essere semplice e tubercolare.

Le prime dipendono da infezioni dell'intestino, da appendiciti, o da altre cause poco chiare. Non è stabilito in modo sicuro se i bact. coli ed i cocchi possano produrre l'infiammazione.

A questa può seguire la suppurazione; ordinariamente le ghiandole si trovano ingrandite, molli, di colorito bianco e roseo al taglio, talora con aderenze con il mesentere.

Le linfadeniti tbc. sono difficili a differenziarle dalle precedenti. Si possono presentare nei seguenti stadi: caseificate, fluidificate, calcificate, e con retrazioni cicatriziali, con aderenze col mesentere. Le due forme sono molto comuni, specie nei bambini.

Dal punto di vista fisiologico, i nodi linfatici si possono considerare come tante fogne, le quali raccolgono tutti i detriti, e che ad un dato momento possono rimetterli in circolazione.

I corpi del Pacini formano una barriera alla progressione dei batteri, e nello stesso tempo si possono considerare come organi sensitivi di questa parte del mesentere.

Nelle linfadeniti mesenteriche tubercolari, i bacilli di Kock possono restare latenti nelle ghiandole bronchiali o mesenteriche per molti anni, e a un dato momento mettersi in circolazione attraverso i linfatici od i vasi sanguigni e dar luogo ad una tbc. miliare o ad altra localizzazione.

I sintomi delle linfadeniti mesenteriche tbc. nei bambini dai sei ai dieci anni sono i seguenti: facile stanchezza, disappetenza, apparentemente condizioni generali buone, senza altri disturbi. Talora si ha febbre a 38-39° la sera, che può durare settimane, mesi ed anni. In questi casi le ghiandole mesenteriche possono provocare la febbre.

Le linfadeniti mesenteriche possono provocare dei dolori violenti, ad accessi, simulanti una colica renale. Sono riferiti due casi di pazienti, i quali presentarono coliche ad accessi, diagnosticate per calcolosi ureterali, mentre si trattava di ghiandole calcificate poggianti sull'uretere.

Vi sono poi le linfadeniti mesenteriche simulanti un'appendicite. L'A. ha trovato in questi ultimi anni il 6 % di pazienti operati per appendicite, i quali presentavano invece linfoadeniti mesenteriche. I sintomi presentati sono stati: accessi dolorosi alla fossa iliaca D. della durata di qualche ora o qualche giorno. L'asportazione delle ghiandole fa cessare i dolori.

Non è possibile precisare una sintomatologia fra appendicite e linfadenite mesenterica; tuttavia si può pensare a quest'ultima allorchè gli accessi dolorosi sono ad intervalli, talora con febbre, con vaga sensibilità sul punto di Mac Burney, con leucocitosi, la quale manca nelle appendiciti subacute. La cessazione della febbre e del dolore sta per la linfadenite; ma nessun sintomo è caratteristico; comunque l'operazione rimuove ogni disturbo, e migliora le condizioni generali. Nei bambini si presentano dolori vaghi localizzati nel mezzo dell'addome, di durata variabile, non in rapporto coi cibi, con o senza febbre, talora con scarsa diarrea. L'esame clinico è negativo. Carson descrive in tal modo il dolore tipico delle linfadeniti: improvviso dolore nel centro dell'addome, tanto intenso da far gridare il bambino, della durata di 15 m', e che si attenua con applicazioni calde.

Talora le ghiandole si riuniscono a gruppi, palpabili dall'esterno, con contorni poco netti.

Infine le linfoadeniti mesenteriche tbc. possono dar luogo al dramma addominale, e simulare una occlusione o una perforazione.

Il trattamento, se si potesse far la diagnosi con certezza, è medico: buona alimentazione, riposo, sole, raggi ultra-violetti e medicine appropriate.

S'impone invece l'intervento chirurgico allorchè vi sono violenti e frequenti attacchi dolorosi, se si sospetta un'appendicite, se esiste un tumore non ben identificato, se infine si presenta la sintomatologia del dramma addominale.

CARUSI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

STRÜMPELL-SEYFARTH. *Lehrbuch der Speziellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten.* F. C. W. Vogel, Lipsia, 1928, 27ª ediz., II vol.

Si completa con questo secondo volume l'ultima edizione del trattato dello Strümpell, edizione che segue ad un anno di distanza la 26ª e che sotto la direzione dello Seyfarth, compare a noi completamente ed esaurientemente aggiornata in ogni capitolo e in ogni problema. Se la tessitura generale del trattato è rimasta quella che volle lo Strümpell, sono state ad essa apportate le necessarie modificazioni e gli indispensabili completamenti, suggeriti dalle più recenti osservazioni e conquiste nel campo della patologia. Questo secondo volume riunisce le malattie dei reni e delle vie urinarie, le malattie dell'apparato scheletrico, le malattie del sangue, delle ghiandole a secrezione interna, del ricambio, le avitaminosi, e le malattie del sistema nervoso. In ogni capitolo è stato apportato quanto è di più recente acquisizione, come ad esempio il trattamento dell'anemia perniciosa con somministrazione di fegato; come le più moderne osservazioni nelle affezioni delle ghiandole a secrezione interna ecc.

Questa ultima edizione poi si differenzia dalle altre per la ricchezza delle illustrazioni. e per la particolare cura tipografica.

TRENTI.

GUILLAUME. *Vagotonies, sympathicotonies, neurotonies.* II ed. Masson 1928, p. 562. Fr. 40.

La diffusione che ha avuto la I edizione del volume di Guillaume è la prova migliore dell'interesse suscitato dal libro. Con la II edizione il volume è più che raddoppiato. Oltre numerosi aggiornamenti e rifacimenti sono stati aggiunti vari capitoli nuovi fra i quali i più importanti sono quello sul sangue e gli umori negli stati di squilibrio nervoso organo-vegetativo e l'altro: la psiche negli stati di squilibrio organo-vegetativo.

Il libro è uno studio etiologico, clinico e terapeutico dei disturbi del sistema della vita organo-vegetativa; disturbi che assai giustamente l'A. mostra spesso come conseguenza di stati morbosi i più diversi, di cui le alterazioni dell'equilibrio vegetativo non sono che una manifestazione rivelatrice.

Non possono che farsi molte lodi al libro che rappresenta una fonte di cognizioni piene del più alto interesse non solo scientifico ma anche pratico in quanto l'A. ha saputo volta per volta additare le vie della diagnostica ed il trattamento degli stati morbosi dapprima ampiamente illustrati dal punto di vista nosografico ed etiopatogenetico.

D. M.

HOFBAUER LUDWIG. *Asthma.* Edit. Springer, Wien, 1928. Pag. 155. Mk. 10.80.

Un Autore come l'Hofbauer non ha bisogno di presentazione nè di lodi un suo libro. Mi limiterò pertanto a far conoscere il contenuto che stringato e chiaro pone nei giusti termini il problema patogenetico, e la clinica dell'asma allo stato attuale delle ricerche.

Nella prima parte è tracciato il quadro clinico dell'affezione con il reperto obiettivo, è discusso il rapporto fra asma e febbre, sono descritte le modificazioni vasomotorie, del sangue ecc. È poi trattata la sindrome asmatiforme, che chiama asmoide, nei sani, nelle affezioni respiratorie, nel Basedow, nelle malattie cardiache, nervose, digestive ecc.

In altro capitolo si parla delle vie del respiro e specialmente dell'innervazione.

Chiude il libro un capitolo sulla prevenzione e terapia.

R. MONTELEONE.

D. TADDEI. *Nuove Note e Lezioni di Chirurgia Pratica.* Vol. di pag. IV-280. Edit. L. Pozzi, Roma 1928. L. 36.

Già tre anni fa il Taddei pubblicò pei tipi dell'Unione tipografico-editrice torinese un volume di conferenze, lezioni cliniche, note di chirurgia pratica che in breve spazio, contenevano insegnamenti veramente preziosi per il medico pratico e ricordi utili anche ai chirurgi di professione. Il successo di quel volume ha invogliato ora l'editore L. Pozzi a raccogliere in un secondo, che si presenta stampato chiaramente e in un formato simpatico, altri articoli e note e lezioni del Prof. Taddei, che riescono altrettanto opportune e dovrebbero essere consultate da tutti che si occupano di chirurgia, anche i più esperti, perchè vi si trovano, esposte con grande semplicità, molte osservazioni assai importanti, risultato della esperienza lunga e intelligente del Clinico di Pisa.

Alcuni capitoli, come quello sul modo di alleviare o evitare il dolore nelle medicazioni, dovrebbero essere letti attentamente e meditati da tutti, tanto è importante la tecnica così delicata e non difficile, ma che viene generalmente trascurata dai più.

Così i dettami, semplici ma importantissimi, per l'estrazione di aghi dai tessuti; così l'esposizione dei punti dolorosi addominali, il capitolo della spondilosi, quello sulle apofisiti superiori del-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

l'omero, attestano l'acutezza di osservazione e la sana didattica dell'autore.

Sono riportate del resto nel volume alcune lezioni chirurgiche su casi rari e difficili, che possono interessare molto anche chirurgi di larga cultura e grande esperienza clinica.

Un libro insomma utilissimo al medico pratico, allo studente e al chirurgo provetto, che si legge volentieri e largisce insegnamenti precisi e che invano si cercano sui testi più in voga.

R. ALESSANDRI.

RICHTER. *Wie soll der Arzt in der Praxis Stoffwechselkrankheiten behandeln?* Editore Thieme, Lipsia.

Opuscoletto dedicato alla cura del diabete nelle sue varie forme e delle sue singole manifestazioni, della gotta, della polisarcia, della cistinuria, dell'alkaptonuria, della fosfaturia, dell'ossaluria, del diabete insipido.

Pregevole per concisione, chiarezza e completezza.

DR.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

" Ars Medica ",.

(S. Paolo del Brasile).

Seduta scientifica dell'8 settembre 1928.

Presidenza: Prof. Dott. E. TRAMONTI, presidente.

Il prof. TRAMONTI, prima di iniziare i lavori della presente sessione invia un saluto reverente a Colui che fu sopratutto l'iniziatore e l'animatore dell'Associazione, il prof. Alfonso Bovero altissimo maestro di Scienza e di dignità di vita. Indubbiamente l'eredità che ha raccolto è gravosa e le forze da impiegare per assolvere l'arduo compito dovranno essere non piccole.

Ricorda che il programma dell'Associazione non solo ha come caposaldo la diffusione del pensiero scientifico italiano, la divulgazione di quanto si fa, si opera e si pensa nelle nostre Scuole e nei nostri Laboratori, ma anche si prefigge come meta l'intercambio culturale fra noi ed i colleghi del nobile e grande Paese che ci ospita. Roma, la grande Madre comune, immortale nei secoli, lontana nello spazio ma presente e viva nel cuore di tutti i Latini, addita questo grande dovere di fratellanza agli Italiani ed ai Brasiliani, fratellanza che dovrà essere eterna, perchè consacrata dal sangue di un purissimo eroe, dal sangue di Carlo Del Prete, alla cui memoria imperitura l'O. si inchina reverente e commosso.

Il Presidente infine propone a nuovi soci i dottori prof. Italo de Finis, Carlo Pedrazzi, Menotti Parolari, Alfonso Bianco, Salvatore Caruso, Nicola Iavarone. La Società approva all'unanimità.

La radioterapia del cancro.

Dott. CARLO PEDRAZZI. — Dopo aver succintamente parlato delle proprietà fisiche e biologiche dei raggi X e del Radium, passa a considerare il problema del cancro dal punto di vista clinico e terapeutico. Oggi, dice l'O., si combatte contro il cancro, servendosi di tre armi: chirurgia, raggi X e radium; vediamo quando ci si deve servire dell'uno o dell'altro mezzo di cura, cercando di mettere in evidenza i vantaggi e gli inconvenienti rispettivi.

La chirurgia se ha il vantaggio, con un'exeresi ben fatta di un cancro, di sopprimere non solamente il male, ma anche la ragione di dove esso nasce, ha contro di sè il limite precoce della possibilità di una completa estirpazione e può inoltre recare danni, quali la mutilazione, la mortalità, immediata o per le complicazioni post-operatorie, la recidiva precoce con aggravamento dovuto alla disseminazione operatoria.

La radium-roentgenterapia permette di guarire neoplasie situate in regioni ove l'estirpazione anche delle più piccole lesioni non è scevra di rischi pel malato, sproporzionati alle poche possibilità di guarigione: e permette, inoltre, di sterilizzare vaste regioni completamente infiltrate da elementi neoplastici nelle quali non sarebbe neppur lontanamente possibile un qualsiasi intervento chirurgico.

I cancri della bocca rappresentano un campo più difficile, sopratutto quando hanno superato il limite della operabilità.

I cancri della lingua, sopratutto a localizzazione anteriore, possono abbastanza spesso guarire col Radium (in questi tumori la grande maggioranza degli autori sconsiglia i raggi X) anche quando la chirurgia si dichiara impotente o troppo mutilante.

Maggiori sono le possibilità di riuscita nel carcinoma della mucosa delle guancie. Grave la prognosi dei cancri del laringe, quantunque il Radium, anche nei casi insperabili, possa talora far miracoli.

Nello struma maligno, i raggi Röntgen si dimostrano particolarmente efficaci.

Un campo d'elezione, per la terapia delle radiazioni, è il cancro dell'utero.

Oggi i chirurghi e i ginecologi di grandi scuole europee, sulla base di serie statistiche, dichiarano esser preferibile la cura colle radiazioni a qualsiasi intervento operativo.

L'O. passa quindi a parlare delle singole localizzazioni del cancro riferendo delle possibilità maggiori o minori di cura a mezzo degli agenti fisici raggi X e Radium, e infine conclude dicendo che troppo spesso si accusa la radioterapia di essere insufficiente e dannosa mentre questa arma adoperata a tempo e da mani abili, può dare le più grandi soddisfazioni: i risultati non dipendono tanto dalla potenza degli apparecchi o delle forti dotazioni di Radium, quanto dalla edu-

cazione ed esperienza clinica del radiologo che deve avere una perfetta padronanza della difficile e complessa tecnica radioterapica.

Prof. DONATI. — Ricorda le osservazioni di Tizzoni e Centanni secondo le quali si poteva ottenere la immunità del topolino verso l'adeno-carcinoma, iniettando poltiglia del tumore irradiata. Dopo la prima breve comunicazione egli non ha visto conferme, ma sin d'allora pensò che tale metodo potesse con opportuna tecnica essere tentato nell'uomo sia in casi inoperabili, sia dopo l'atto operativo per limitare o impedire lo sviluppo di metastasi o la recidiva.

Ora che nell'Ospedale Italiano esiste quanto occorre per tali esperimenti propone al dott. Pedrazzi di far insieme tali tentativi.

Altre osservazioni vengono fatte dal dott. DE CENZO e dal prof. BUSACCA. A tutti risponde esaurientemente il relatore.

Metodi moderni di cura chirurgica del glaucoma.

Prof. A. BUSACCA. — L'O. parla delle varie forme di glaucoma facendo notare come esse con le cure mediche portino in un tempo più o meno lungo alla cecità.

Indi riassume alcuni dei principali metodi di terapia chirurgica del glaucoma. Parla dell'iridectomia dicendo come questa operazione, ideata da Graefe sin dal 1862, abbia dato ottimi risultati nelle forme acute ma si sia mostrata insufficiente nelle croniche. Così pure di risultato incerto si sono mostrati altri metodi proposti, sino a che Lagrange nel 1908, rese noto un suo metodo consistente nel fare una cicatrice filtrante nella sclera che serva a mettere in comunicazione le camere oculari con gli spazii sotto congiuntivali. Egli si serviva per tale operazione di una speciale forbice che poi sostituì con un emporte-pièces. I pericoli che in certi casi tale operazione presenta indussero Elliot un anno dopo a proporre una modificazione consistente fondamentalmente nell'uso di un trapano adatto, modificazione che ha ridotto al minimo gli incidenti operatorii.

Sin dal 1905 Heine aveva proposto un altro processo detto ciclodialisi che sebbene di risultato incerto, può, in casi adatti, essere di grande utilità come preparazione alle operazioni suddette.

Nel complesso si può dire di possedere oggi in questi interventi chirurgici dei sicuri metodi per la guarigione del glaucoma. La delicatezza e la grande precisione che richiedono tali atti operativi ne hanno limitato molto la diffusione, poichè se essi non sono eseguiti con la dovuta accuratezza e perizia possono dar luogo ad incidenti operatorii spiacevoli. Presenta tre casi di glaucoma operati, tutti in via di miglioramento.

Dott. De CENZO. — Ricorda il processo italiano proposto ed eseguito dal prof. Foroni.

Prof. BUSACCA. — Risponde che conosce il metodo di Foroni per averlo anche eseguito per estrazioni di ciste iridee, e aggiunge alcuni particolari di tecnica. Dice che esistono anche altri metodi come le scleretomie e la doenclasis, ma non ne ha parlato perchè non si era proposto a illustrare tutta la chirurgia del glaucoma, ma solo i metodi eseguiti negli ammalati che presentava.

RUBBO e DONATI riferiscono sopra un caso di setticemia puerperale, grave con endocardite, nel quale fu isolato uno streptococco emolitico.

Il Segretario: MARZIALE CASABONA.

Società Italiana di Biologia Sperimentale. Sezione di Catania.

Seduta dell'8 dicembre 1928.

Dissenteria da B. Ceylonensis.

FICHERA S. — Comunica un caso di dissenteria durato circa un anno, nel quale la sierodiagnosi risultò positiva per il *B. Ceylonensis A* di Castellani, negativa per gli altri ceppi del gruppo dissenterico, dissenteroide e lankoide. Non è riuscito l'isolamento del germe dalle feci.

Un trattamento vaccinale col germe agglutinato migliorò notevolmente le condizioni dell'infermo.

La pretesa azione oncogena generale del catrame di fronte allo sviluppo di processi rigenerativi dell'epitelio.

GIUFFRIDA ETTORE. — L'O. ha condotto ricerche sperimentali allo scopo di stabilire se lo stimolo per la comparsa del cancro potesse eventualmente essere rappresentato da processi rigenerativi dell'epitelio svolgentisi per lungo tempo in una determinata zona del tegumento (reg. nucale) di un animale trattato con catrame in altra zona del tegumento medesimo (reg. sacrale).

Contrariamente ai risultati ottenuti da altri autori, tali ricerche hanno avuto esito del tutto negativo.

TOMASELLI ANDREA.

Nel Numero di Gennaio della SEZIONE CHIRURGICA del POLICLINICO, verranno pubblicati i seguenti lavori:

DOTT. MANFREDO ASCOLI

Ulteriori ricerche sulla broncopolmonite postoperatoria sperimentale.

DOTT. G. CIAPRINI.

Contributo clinico allo studio della tubercolosi della borsa sierosa gluteo-trocanterica.

DOTT. G. PACETTO.

La permeabilità delle pareti articolari.

DOTT. P. VALDONI.

Le alterazioni dell' equilibrio acido-basico nelle ustioni gravi.

DOTT. G. ZAMPA.

Su di un caso di cisti laterale del collo di origine tiroidea.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

L'ormone della glandola genitale femminile.

Si è riusciti ad ottenere l'ormone genitale femminile in forma pura. È una sostanza solubile in acqua. L'ormone dà una reazione specifica: iniettato in qualsiasi animale femminile, della famiglia dei rosicanti, esso determina nell'utero e nella vagina, le alterazioni tipiche del periodo di calore: iperemia, aumentata secrezione, corneificazione e sfaldamento dell'epitelio vaginale. L'iniezione dell'ormone è in grado di determinare tale reazione anche negli animali giovani, non ancora puberi, come pure negli animali vecchi e in quelli castrati. Si designa come un'unità quella quantità di ormone che è sufficiente a determinare le manifestazioni del calore nella topa bianca, castrata. Un altro effetto dell'ormone genitale è quello di attivare l'accrescimento del tratto genitale di animali giovani. La dose a ciò necessaria è molto inferiore di quella necessaria a determinare il calore. Lo stimolo all'accrescimento non si estende alla glandola genitale, anzi l'ormone inibisce la maturazione dei follicoli.

Un terzo effetto dell'ormone genitale è quello di inibire la funzione sessuale maschile; non soltanto esso inibisce temporaneamente la spermatogenesi, esso determina anche una regressione di testicoli, pene, prostata, vescicoli seminali. Perciò a partire dall'ottavo mese di gravidanza sotto l'azione dell'ormone presente nel circolo placentare i testicoli subiscono una regressione e si sviluppano nuovamente soltanto dopo la nascita. La produzione dell'ormone nell'ovaio raggiunge il suo massimo subito prima e durante la mestruazione. Notevoli quantità passano nel sangue e vengono eliminate con l'urina. I luoghi di produzione sono non soltanto il follicolo e il corpo luteo, ma anche le cellule della teca interna, le cosidette cellule interstiziali. Durante la gravidanza la formazione dell'ormone è molto aumentata, le maggiori quantità di ormone sono prodotte dalla placenta. L'ormone è infatti contenuto in grandi quantità nella placenta e nel liquido amniotico da dove passa nel sangue e nell'urina della madre e nel sangue del feto. Parallelamente alla formazione di ormone nell'ovaio si matura l'uovo: i due processi sono indipendenti l'uno dall'altro, ma coordinati. Tutti e due subiscono l'influenza del lobo anteriore dell'ipofisi. Animali giovani il cui apparato genitale si trova ancora in completo riposo, possono in pochi giorni presentare i sintomi del calore in seguito ad iniezione od impianto di sostanza del lobo anteriore dell'ipofisi; contemporaneamente nell'ovaio si maturano i follicoli e si formano i corpi lutei. Il calore non è però determinato dalla maturazione degli ovuli; infatti animali castrati presentano egualmente le manifestazioni del calore sotto l'azione del lobo anteriore dell'ipofisi.

(F. Siegert. *Med. Klinik*, n. 40, 1928).

POLLITZER.

Ghiandole endocrine ed arteriosclerosi.

Il depositarsi di colesterina nell'intima inizia la formazione dell'ateroma. Qualsiasi condizione che facilita tale depositarsi predispone quindi all'arteriosclerosi. Le deficienze della tiroide, della milza o delle ghiandole sessuali aumentano la ipercolesterinemia e, di conseguenza, la formazione dell'ateroma. Invece, la deficienza surrenale, non facilita nè l'uno, nè l'altro processo.

(*Endocrine Survey*, giugno 1928).

fil.

SEMEIOTICA.

Il sintoma dolore in oftalmologia.

F. Terrien (*La médecine*, genn. 1928), limitando lo studio al solo dolore oculare, ne considera le tre seguenti modalità: 1) D. spontaneo; 2) D. in occasione di movimenti del globo oculare; 3) D. provocato dalla pressione su un punto variabile dell'organo.

Si deve mettere in guardia il pratico dalla confusione fra il vero dolore e le varie sensazioni di bruciore, di cociore, di prurito della congiuntiva, in quanto che il primo è sempre sintomatico di un'affezione dell'occhio stesso ed oscura sempre la prognosi.

Nelle affezioni del segmento anteriore dell'occhio, il luogo di elezione del dolore è la regione ciliare; lo si risveglia appoggiando leggermente gli indici sulla palpebra superiore, mentre l'individuo guarda successivamente nella direzione dei quattro punti cardinali. La localizzazione più precisa si ottiene con una bacchetta di vetro appoggiata sulla sclerotica, dopo anestesia con cocaina. Nelle congiuntiviti tenaci e specialmente nel tracoma, la pressione è dolorosa in uno o parecchi punti del corpo ciliare.

Il dolore alla pressione è un elemento importante di diagnosi fra sclerite od episclerite e delle flittene della congiuntiva o dei noduli tracomatosi, che sono del tutto indolori. La diagnosi, facile nei casi tipici, può offrire delle difficoltà in casi attenuati.

In seguito ad erosioni traumatiche della cornea, ad ulceri, a contusioni del globo oculare, la

pressione sul corpo ciliare è più o meno dolorosa, mentre l'iride non mostra nessuna reazione. In tali casi, è necessario insistere sulle instillazioni ripetute di colliri all'atropina se si vuole evitare la compartecipazione dell'iride.

I diversi punti del corpo ciliare non si mostrano ugualmente dolorosi. Vi sono i seguenti punti di elezione, disposti in ordine di frequenza: estremità superiore del meridiano verticale, parti supero-interne e supero-esterne del corpo ciliare, estremità inferiore del meridiano verticale, parti infero-interne ed infero-esterne della regione ciliare. Spesso un solo punto è doloroso; il numero dei punti sensibili rivela l'intensità dell'affezione. In tali condizioni, si metteranno in opera tutti i mezzi antiflogistici, associati alle instillazioni di atropina.

La sede del dolore può dare un elemento per la diagnosi. Un dolore che ha il massimo d'intensità alla regione interna e supero-interna del corpo ciliare, mentre la parte esterna è indolore, è spesso in rapporto con una rino-faringite. In una malata affetta da irido-coroidite intensa, l'A. ha osservato il dolore alla pressione con il massimo all'estremità inferiore del meridiano verticale; dolore ed irido-coroidite scomparvero con l'ablazione di un dente premolare cariato.

La pressione del pollice applicata sulla palpebra superiore davanti al globo oculare può determinare un dolore profondo localizzato alla sommità dell'orbita; in tal caso, esso è patognomonico di nevrite retro-bulbare; la diagnosi è evidente se il dolore è risvegliato anche dai movimenti di lateralità del globo.

Nel glaucoma cronico, non è raro risvegliare un lieve dolore mediante la palpazione per accertarsi del tono oculare. Talvolta la palpazione dell'altro occhio ritenuto indenne risveglia pure un certo dolore, ciò che fa ritenere prossimo uno stato di ipertonia.

Infine, è superfluo ricordare l'importanza dell'elemento dolore alla pressione sul corpo ciliare nell'oftalmia simpatica; esso è il preludio frequente dell'irido-ciclite simpatica e costituisce un'indicazione formale di enucleare l'occhio ferito. Se una pressione molto leggera basta per provocare un dolore assai vivo, non si deve dimenticare la possibilità che esista uno scollamento del corpo ciliare; il dolore può in tal caso apparire soltanto con una palpazione profonda.

fil.

L'ineguaglianza pupillare.

Eccettuata l'anisocoria dovuta ad illuminazione diversa e in direzione di sguardo laterale, la sola fisiologica, si tratta in ogni altro caso di un fenomeno patologico. La causa può essere un disturbo dell'apparato irido-costrittore o di quello irido-dilatatore, iperattivi o deficienti. Il primo di questi sistemi è anatomicamente annesso all'oculo-motore comune da cui resta tuttavia funzionalmente indipendente, e il secondo è simpatico.

Velter e Tournay (*Arch. d'Ophtalm.*, t. XLIV, n. 12) ammettono che, in linea generale, l'ineguaglianza pupillare deriva sia da un'azione diretta esercitata sul tragitto di uno dei due sistemi, irido-costrittore o irido-dilatatore, sia da una azione riflessa unilaterale, secondaria a uno stimolo efficace, sia infine da una azione a distanza con effetto mantenuto per un eretismo dei centri simpatici. Per ciascuna varietà di anisocoria gli AA. esaminano largamente le cause di eccitazione e di deficienza.

A. PICCINELLI.

CASISTICA.

La glicosuria ortoglicemica.

Oltre la glicosuria iperglicemica, ossia diabetica, esiste la glicosuria ortoglicemica, nella quale la soglia della glicemia si mantiene normalmente bassa.

La glicosuria iperglicemica è per lo più dipendente da un disturbo della secrezione insulinica e più raramente in rapporto all'iperadrenalinemia, all'ipertiroidismo, all'acromegalia.

La causa della glicosuria ortoglicemica è meno nota. Si ritiene da molti che sia in rapporto a lesioni renali.

Poichè le due forme di glicosuria sono state riscontrate in membri della stessa famiglia, si è considerato il diabete renale come una forma benigna del diabete comune. Ma non è possibile spiegare la glicosuria renale con un disturbo della funzione insulinica, perchè il contenuto di glucosio nel sangue si mantiene normale o al di sotto del normale.

Hjärne ha fatto un'inchiesta per assodare le ragioni della coincidenza di casi di glicosuria iperglicemica e ortoglicemica nella stessa famiglia.

Ha esaminato 199 persone appartenenti ad un ceppo genealogico comune. Ha trovato la glicosuria ortoglicemica in 18 individui, la glicosuria alimentare in 6, la glicosuria senza sintomi diabetici in 3, il diabete zuccherino in 7, la glicosuria senza curva della glicemia a tipo netto in 1.

Nei casi di glicosuria ortoglicemica e alimentare la curva della glicemia era uguale a quella dei normali: la glicosuria è in rapporto ad un abbassamento della soglia glicemica. Queste forme, come la glicosuria senza sintomi diabetici, sono

caratterizzate dalla benignità del decorso clinico; esse non evolvono mai verso il diabete zuccherino.

La ereditarietà delle glicosurie non diabetiche si comporta seguendo le leggi di Mendel: il disturbo della escrezione dello zucchero rappresenta un carattere dominante monofattoriale.

Nessun rapporto esiste tra diabete e glicosuria ortoglicemica. Le due condizioni si distinguono per le loro manifestazioni cliniche e per il modo della trasmissione ereditaria.

Giammai la glicosuria ortoglicemica si trasforma in quella iperglicemica e viceversa nè nello stesso individuo, nè nella prole.

I casi di diabete che si riscontrano in individui appartenenti alla stessa famiglia nella quale si riscontrano frequenti casi di glicosuria ortoglicemica debbono considerarsi come una pura coincidenza. DR.

Obesità e secrezione insulare.

Falta (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 1928, 28 giugno) espone le caratteristiche dei vari tipi di obesità, in relazione al meccanismo patogenetico ed agli effetti terapeutici. L'obesità esogena dipende da eccessi alimentari non compensati da sufficiente esercizio muscolare. L'obesità endogena dipende invece da alterato metabolismo e non è affatto influenzata dall'alimentazione.

L'obesità endogena in ultima analisi è in rapporto con una disfunzione endocrina.

In genere si tratta di ipofunzione glandulare, ma nel caso di obesità insulare la condizione è legata ad un'iperattività delle isole di Langerhans.

L'esperienza dimostra che l'ingrassamento si verifica solo dopo l'ingestione di idrati di carbonio, il cui metabolismo è legato all'attività pancreatica.

D'altra parte le iniezioni d'insulina sono ingrassanti, così come sono dimagranti le cure tiroidee. I diabetici magri ed astenici sottoposti a cura insulinica aumentano rapidamente di peso e dimagriscono di nuovo quando s'interrompe la cura.

Inoltre nei magri gran mangiatori la cura dell'insulina è inefficace perchè essa accelera ancora più gli scambi.

L'ingestione o la privazione degli idrati di carbonio costituisce la base di ogni cura ingrassante o dimagrante.

Secondo Falta l'influenza del pancreas è notevole nel mixedema come nel basedowismo.

In conclusione la costanza del peso è mantenuta dalla normalità della funzione insulare, che quando è esagerata produce ingrassamento e viceversa. DR.

Diabete e tubercolosi polmonare.

Nel passato non era affatto infrequente l'associazione diabete-tubercolosi; la seconda di regola sopravveniva durante il decorso della prima, e si presentava in una forma sempre infausta.

Al presente i casi di diabete-tubercolosi sono diventati molto più rari, forse a causa dei mezzi d'indagine di cui disponiamo.

Secondo Griesinger e Frerichs questa associazione delle due lesioni dipende dalle cattive condizioni sociali; H. Curshmann (*Riforma Med.*, n. 48, ottobre 1928) non ha trovato una netta frequenza tra il diabete-tubercolosi e le condizioni igieniche e sociali.

In generale il diabete è la lesione primaria; la tubercolosi è secondaria; è rarissimo riscontrare il contrario. Queste due lesioni si influenzano sfavorevolmente tra loro; in questi ultimi tempi però tale azione reciproca ha perduto molto di valore, per i mezzi che si hanno per curare il diabete, diminuendo l'influenza che può esercitare l'una affezione sull'altra, e viceversa. Per tale ragione il decorso e la prognosi, anticamente sfavorevoli, hanno perduto la loro gravità con l'introduzione dell'insulina in terapia.

La diagnosi della tbc. polmonare in un diabetico, presenta talora difficoltà non lievi; le emottisi sono rare nei diabetici-tubercolotici; l'espettorato e la tosse sono scarse; i sintomi clinici e semiologici sono relativamente poco chiari.

Allorchè esiste sospetto di tbc. polmonare in diabetico, bisogna ricorrere alla radiologia, per mettere in evidenza le lesioni polmonari.

Nei diabetici si possono trovare tutte le forme della tbc.; è stata però osservata in prevalenza la forma essudativa.

Durante il corso della malattia, i sudori notturni spesso mancano; la velocità di sedimentazione degli eritrociti non costituisce un metodo d'indagine, la cutireazione si comporta come negli altri casi di malattia.

Importante è stabilire l'influenza della cura insulinica nei diabetici tbc.

I pareri sono discordi; chi vanta dei netti successi, e chi imputa all'insulina l'azione di riattivare i focolai tbc.

L'A. nei casi trattati, ha avuto sempre favorevoli risultati, purchè usata con discernimento; in questi ultimi tempi l'uso dell'insulina come cura per ingrassare, ne giustificherebbe di più l'uso nei diabetici-tubercolotici.

Per ottenere buoni risultati occorre accoppiare la terapia insulina-dietetica, con soggiorno in sanatori di montagna.

La cura dell'insulina, modificando le condizioni generali del diabetico, permette di poter praticare nei tbc. lo pneumotorace, e la resezione del nervo frenico, interventi prima assolutamente

sconsigliati. Anche la toracoplastica talora è ben sopportata in tali condizioni.

L'A. accenna all'uso della sintalina, ma come è stato già ampiamente documentato, tale prodotto non è consigliabile nei diabetici, e tanto meno in quelli con complicanza di tbc. polmonare. CARUSI.

Acromegalia e diabete.

Yater (*Archives of internal Medicine*, 1928, giugno) riporta sei casi di acromegalia con diabete studiati nella Clinica Mayo. La somiglianza tra diabete acromegalico e diabete comune è perfetta sia dal punto di vista della sintomatologia clinica che dell'azione esercitata dall'insulina.

Tre malati presentavano aumento del metabolismo basale che Yater attribuisce ad ipertiroidismo concomitante. In due casi il metabolismo si ridusse con il riposo e la cura iodica, nel terzo si verificò la morte in seguito a tiroidectomia parziale.

Questi fatti si accordano con altre osservazioni in base alle quali è stato stabilito che spesso l'acromegalia si accompagna ad ipertiroidismo.

In un caso nel quale c'era adenoma dell'ipofisi si trovò anche un tumore del midollo spinale, un endotelioma con larghe zone ossificate, ossificazione che Yater attribuisce all'iperattività dell'ipofisi. Contemporaneamente si trovarono lesioni degenerative delle isole di Langerhans.

In riguardo ai rapporti tra ipofisi e metabolismo degli idrati di carbonio, l'A. ritiene che il diabete che accompagna l'acromegalia dipende dalle stesse cause che producono quest'ultima.

In effetti l'acromegalia da iperpituitarismo da adenoma ipofisario a cellule cromofili si associa spesso a diabete, mentre nella sindrome d'insufficienza ipofisaria da adenoma a cellule cromofobe il diabete è raro.

È noto come l'iniezione d'estratto ipofisario può determinare iperglicemia e glicosuria transitoria, e prevenire o migliorare l'ipoglicemia prodotta da un'iniezione d'insulina.

Il diabete acromegalico dipende dalla medesima causa che provoca il diabete comune: insufficienza della produzione d'insulina, o neutralizzazione dell'insulina normalmente secreta da parte di una nuova sostanza. DR.

TERAPIA.

Danni della tonsillectomia.

C. C. Rice (*Med. Journ. and Rec.* e *The Endocrine survey*, dic. 1927) richiama l'attenzione sui risultati talora disastrosi che seguono talora la tonsillectomia negli adulti. Egli evita il più che sia possibile tale operazione, e l'esegue solo molto raramente in professionisti della voce (cantanti, attori, oratori) e preferisce tentare altre vie per ridurre il volume delle tonsille o la loro iperemia, o per obliterare i follicoli tonsillari e prevenire dei futuri attacchi di tonsillite, anzichè ricorrere a procedimenti che lasciano una faringe secca e cavernosa.

Fra le conseguenze della tonsillectomia, è da menzionarsi un grave catarro faringeo secco, specialmente della regione postnasale, condizione molto noiosa, di notevole impedimento per cantare e parlare. L'asportazione delle tonsille, con la loro capsula, non può essere cosa di lieve momento per la faringe e la laringe, in causa della subitanea diminuzione del rifornimento sanguigno e nervoso e della sostituzione di un tessuto cicatriziale a quello normale umido e mucoso. Ne segue una secchezza della superficie, che si estende alla laringe ed alla trachea.

I disturbi postnasali costituiscono poi una causa predisponente di raffreddori. Il catarro secco, sempre accompagnato da raccolta di muco è assai noioso per il paziente, che ricorre spesso al medico ed è obbligato ad un trattamento locale di lavature e di unzioni del naso e della gola. Queste condizioni sono soprattutto gravi per i professionisti della voce e possono dare complicazioni nell'orecchio medio. Le lesioni di pilastri faringei possono inoltre determinare delle retrazioni cicatriziali e produrre stiramenti del palato molle in modo da rendere impossibile la chiusura delle coane, con passaggio dei liquidi e dei cibi nelle cavità nasali.

Il vecchio procedimento di tonsillectomia era meno dannoso perchè, pure asportando la parte ingrossata, non era seguito da secchezza nè da deformità.

L'A. consiglia di usare semplicemente l'elettrocauterio; con la punta di platino, si può diminuire la grossezza, ridurre la congestione e distruggere i follicoli e tutto ciò senza dare emorragia nè lasciare nessuna conseguenza spiacevole. *fil.*

La tonsillectomia nel reumatismo articolare acuto.

W. H. Robey (*New England Journ. of Medicine*, 24 maggio 1928) ha praticato la tonsillectomia in 75 pazienti con reumatismo articolare acuto, che erano dapprima stati inutilmente trattati con salicilato di sodio. Ne ha ottenuto in generale buoni risultati, con pochi insuccessi; nella maggior parte dei casi, l'asportazione del focolaio infettivo della tonsilla, portò a guarigione l'ammalato. Un solo caso fu seguito da morte, in un individuo di 58 anni, in cui il trattamento medico continuato per due mesi era risultato inefficace. L'operazione fu seguita da profusa emorragia e l'infermo morì in cinque giorni per broncopolmonite.

Spesso lo stato delle articolazioni sembra peggiorare nei primi giorni, ma poi si hanno rapidi

miglioramenti. In due casi, l'A. ha potuto guarire in 5-11 giorni la corea, che aveva resistito all'arsenico ed ai salicilati per 5-6 settimane.

L'A. consiglia quindi tale metodo, che ha i vantaggi di ridurre il pericolo di complicazioni cardiache, di por presto fine alle sofferenze, di potere far ritornare presto il paziente alle sue occupazioni sgombrando i letti ospedalieri.

fil.

Nella sinusite frontale.

Si manifesta spesso nell'influenza, con dolori vivi parossistici localizzati al disopra dell'orbita, un po' all'esterno della radice del naso; un colpo secco dato col dito sulla regione li fa sentire più acuti; sono accompagnati da scolo nasale. Alla radiografia, si scorge che il seno malato non è rischiarato.

È anzitutto necessario calmare il dolore; a tale scopo riesce bene l'aspirina (50 cg.). Si introdurrà nel naso una pomata con 2 grammi di gomenolo, 10 cg. di cocaina e 20 grammi di vaselina. Evitare le lavature del naso.

Danno vantaggi le inalazioni di mentolo. Si mette un cucchiaino di una soluzione di mentolo (g. 3 in 50 di alcool) in una tazza da caffè di acqua calda e si aspirano i vapori, arrestandosi alla prima sensazione di pizzicore per riprendere qualche minuto dopo; si ripetono 3-4 volte al giorno. Con le stesse modalità, si può usare la seguente miscela: Tint. di benzoino, Tint. di eucalipto, ana g. 50, Gomenol g. 10.

Mantenere il riposo in stanza, applicare sulla regione delle compresse umide e calde ricoperte con taffetà gommato, rinnovando l'applicazione ogni due ore.

Soltanto in casi eccezionali, la malattia si prolunga e richiede un intervento chirurgico.

(*Journ. des praticiens*, anno 41, n. 34). *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

All'abb. n. 4003:

Troverà svolto il capitolo della *amenorrea nelle giovani* in ogni buon trattato di ginecologia; può anche vedere negli *Elementi di Ginecologia* del prof. GAIFAMI, editi dalla Casa Pozzi, Roma, L. 68, e nella monografia *L'età pubere della donna* del prof. BOMPIANI, pure edito dalla Casa L. Pozzi. L. 16.

A. P.

All'abb. S. M., Roma:

Non si risponde che a lettere chiaramente firmate. Dietro espresso desiderio dell'abbonato, si omette, nella risposta, il nome, dando delle semplici sigle o il numero d'abbonamento.

Le si risponderà quando farà noto il Suo nome.

fil.

VARIA.

Sbadigli e stiramenti.

Lo sbadiglio e lo stiramento sono fenomeni motori che costituiscono l'espressione somatica di particolari stati emotivi, di particolari condizioni fisiologiche.

Come il pianto è l'espressione del dolore ed il riso della gioia, lo sbadiglio e lo stiramento costituiscono la mimica della noia e della stanchezza.

Dei due fenomeni ha fatto uno studio interessante Insabato (*Archivio Generale di Neurologia*, 1928).

Egli osserva innanzi tutto che nella lingua italiana manca un termine comprensivo dei due fenomeni che in realtà sono associati. I latini per indicare questo gruppo di fatti usano il termine *pandiculatio* e *pandiculari*, ed i greci σκορδινδομαι. Per il solo sbadiglio i latini avevano *oscitatio*, *oscedo*, *hiatus* ed i greci ἄσμη.

Insabato quindi propone di dare all'associazione sbadiglio-stiramento il nome di *scorodinesma*.

Gli sbadigli e gli stiramenti oltre che nell'uomo si riscontrano in alcuni animali. I gatti, i cani, i cavalli dopo un lungo sonno distendono le membra e spalancano la bocca. Gli stessi fenomeni si hanno anche in altri animali superiori, negli uccelli, nei rettili e forse anche negli anfibi.

Lo sbadiglio è costituito da un'ispirazione a bocca aperta, palato molle sollevato e glottide aperta, lenta, profonda, che si attua con la contrazione successiva di numerosi muscoli respiratori, ed alla quale segue un'espirazione più rapida. Tanto l'inspirazione che l'espirazione sono accompagnate da un'espressione fonica lenta, estesa, caratteristica, da un distendersi o stirarsi dei muscoli di tutto il tronco e degli arti, e talvolta da secrezione lacrimale.

Lo sbadiglio è eccitato dalla sonnolenza e dalla noia, ma può essere provocato anche volontariamente. Il suo compimento dà un senso di soddisfazione e la sua repressione un senso di malessere.

Landauer osserva che gli sbadigli e gli stiramenti si associano più frequentemente dopo il sonno o dopo che il corpo ha mantenuto a lungo una posizione leggermente curva: allo stato di riposo e di decontrazione e quindi di ipotonia dei muscoli estensori, seguirebbe la contrazione dell'intera muscolatura (stiramento e sbadiglio) allo scopo di apportare ai centri stimoli muscolari e articolari ed eccitare così per via riflessa il tono dei muscoli.

Gli stiramenti e gli sbadigli quindi risponderebbero al bisogno di tonicità.

Lo sbadiglio e lo stiramento sono contagiosi. Il primo più del secondo forse per il fatto che lo stiramento per l'ampiezza dei suoi movimenti è più controllabile. Siccome è segno di cattiva educazione lo sbadigliare ed il distendersi in

pubblico, il primo fenomeno appare più contagioso perchè importando movimenti di minore ampiezza e quindi di minore visibilità chi lo eseguisce vi si abbandona più facilmente ritenendosi non osservato.

Non di rado nelle sale dove si ascoltano conferenze poco interessanti, nelle anticamere di attesa, nei caffè e nei ritrovi notturni scoppiano vere epidemie di sbadigli, e anche di stiramenti quando il pubblico non sia sufficientemente educato, o quando la noia e la stanchezza abbiano superato i limiti della tolleranza.

La contagiosità dello sbadiglio e dello stiramento è un'espressione dell'istinto d'identificazione o meglio dell'immedesimazione del soggetto nell'oggetto.

Anche altri automatismi corrispondenti al soddisfacimento di bisogni fisiologici e più o meno indipendenti dalla volontà, come la defecazione e la minzione, sottostanno alla legge dell'identificazione e dell'imitazione, per cui, specie nei bambini, nasce il bisogno di defecare o di urinare, e anche di mangiare o bere, se assistono ad atti analoghi dei loro coetanei ed anche degli adulti.

Tutti questi automatismi con lo sviluppo psicosomatico e con l'educazione diventano sempre più controllati, e quindi l'elemento imitativo sempre più represso.

La più repressa di tutte è l'imitazione della defecazione. Quella della minzione è più repressa nella donna che nell'uomo.

L'imitazione dell'automatismo del mangiare è stato il fondamento del convito e dei pasti in comune.

Le funzioni e gli atti automatici della riproduzione sono in pubblico i meno soggetti all'imitazione perchè sviluppatisi in un periodo tardivo dell'età dell'individuo. Del resto il mimetismo in alcune manifestazioni sessuali è evidente.

Gli stati psicofisiologici nei quali si verificano sbadigli e stiramenti sono in ordine di frequenza quelli che precedono o seguono il sonno, la noia, la stanchezza fisica, la fame, l'attesa e simili. In condizioni patologiche si verificano negli svezzamenti tossici (morfina, bromuri), nelle anemie cerebrali, nell'ipersonnio da tumore encefalico, rammollimenti e simili.

Il piacere che accompagna lo sbadiglio e lo stiramento in chi sente la necessità di riposare e dormire, secondo l'Insabato, va attribuito ad una parziale soddisfazione di tale bisogno. Essi rappresenterebbero un equivalente, un sostituto del sonno. Anche la lentezza e la profondità della inspirazione ed in parte della espirazione sono analoghe a quelle con le quali s'inizia il sonno vero, ed a quelle che si consigliano per favorire il sonno ipnotico.

Anche lo sbadiglio e lo stiramento metaipnici possono interpretarsi o come desiderio del prolungamento del sonno o come sostituzione e scarico della provvista residua. In effetti essi sono tanto più frequenti quanto più il risveglio è stato increscioso o quando le comodità della vita non impongono un rapido adattarsi ai requisiti psicomotori.

Ciò posto è ovvio che gli sbadigli e gli stiramenti che accompagnano la noia, la stanchezza, la fame, lo stato d'inattività, l'attesa possono interpretarsi come riflessi condizionali nel senso di Pawlow, in quanto le condizioni stesse coincidono frequentemente con gli stati preipnici o metaipnici.

Ma anche un'altra spiegazione si conviene al fenomeno. Nelle dette condizioni, come del resto negli stati psicofisiologici concomitanti agli svezzamenti da morfina e bromuri, negli stati di anemia cerebrale ed in genere in tutti quegli stati patologici nei quali si verificano sbadigli e stiramenti, questi rappresentano un sostituto, un equivalente del sonno, che le condizioni stesse favoriscono e alle quali l'individuo era preparato ma che non può soddisfare.

Senza dire che in tutte queste condizioni si verifica un'inibizione interna assai più diffusa che in altre circostanze, inibizione interna che, secondo le vedute di Pawlow, sarebbe l'essenza del sonno, e che quindi richiamerebbe gli equivalenti del sonno stesso, gli sbadigli e gli stiramenti.

Non è tuttavia da escludere che nel determinismo di tali fenomeni abbiano influenza le variazioni del tono muscolare e dei meccanismi centrali che lo governano. Al riguardo è a notare che, come nel sonno totale o parziale, gli stiramenti e gli sbadigli sembrano risultare di due tempi corrispondenti a due variazioni toniche: nel primo si ha contrazione muscolare nella quale si ha intensificazione del tono variabile (di sostegno e attitudine) ed un brusco annullamento del tono di riposo o residuale, e nel secondo con la cessazione della contrazione si ha un rapido sollevamento del tono di riposo con la corrispondente sensazione di soddisfazione e benessere. Si avrebbe quindi una sequela di fatti analoga a quella che si verifica nel compimento di altre funzioni organiche, e più spiccatamente nell'amplesso sessuale nel quale l'orgasmo ed il torpore voluttuoso sono accompagnati rispettivamente da aumento e rilasciamento del tono di tutta la muscolatura del corpo.

La circostanza che dopo gli stiramenti e gli sbadigli si ha l'impressione di essere più desti, più attivi, dipende dal fatto che essendo essi equivalenti del sonno, il soddisfacimento, sia pure incompleto e a mezzo di un sostituto, del bisogno, provoca indirettamente una diminuzione temporanea della sonnolenza.

Stiramenti e sbadigli hanno adunque una funzione benefica. In ogni caso danno un senso di sollievo nella lotta con il sonno e con la noia.

argo.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. *

CONTROVERSIE GIURIDICHE

I. — Dispensa dal servizio in forza di poteri straordinari.

Il D. L. 16 dicembre 1926 n. 2123 dispone così: « fino a sei mesi dall'entrata in vigore del presente decreto, il Comune di Milano è autorizzato a dispensare dal servizio il personale di qualunque ufficio e grado e a provvedere in ordine ai posti eventualmente vacanti, fissandone le norme anche in deroga a qualsiasi disposizione di legge o di regolamento generale o speciale ».

In forza del D. L. 17 febbraio 1927 n. 223, le disposizioni eccezionali concernenti il Comune di Milano sono state estese, con decreti ministeriali, ad altri Comuni, per finalità variamente definite nei singoli decreti, ma essenzialmente analoghe per la loro natura.

Salve varianti particolari, lo scopo e i limiti di questo eccezionalissimo potere coincidono con quelli risultanti dalle disposizioni relative al Comune di Milano.

Pur essendo limitato nel tempo questo potere eccezionale, l'esercizio esorbitante di esso può determinare gravi conseguenze, specialmente se si consideri che non sono pochi i Comuni ai quali le stesse disposizioni sono state estese e che, prevedendo la legge riforme amministrative per cause obbiettive, non sono stabilite norme speciali di procedimento e garanzie formali.

Funziona però il freno del Sindacato giurisdizionale, essendo ammesso il ricorso al Consiglio di Stato per motivi di illegittimità: violazione di legge, incompetenza ed eccesso di potere.

La V Sezione, con decisione 13 aprile 1928, ric. Luraschi, ha fissato risoluzioni importanti.

« Osserva, anzitutto (il Collegio), come debbasi ritenere, nè lo contesta il Comune di Milano, che lo speciale potere di dispensa dei propri dipendenti, al Comune conferito dall'art. 1 del R. D. L. 16 dicembre 1926 n. 2123, sia da apprendere siccome avente natura di mezzo per il raggiungimento della finalità cui tutto tale R. D. tendeva; sostanziandosi siffatta finalità, ai termini delle premesse di esso decreto, nell'intento di addivenire a modificazioni nell'ordinamento degli uffici e nel funzionamento dei servizi del Comune di Milano ai fini di una più spedita azione degli uffici e di un più efficace rendimento dei servizi. Ora, ciò non contestandosi, è pure da ritenere che qualsiasi provvedimento, in concreto, di dispensa sulla base dell'art. 1 del decreto medesimo, abbisogni *dello imprescindibile correlativo presupposto* di una modificazione nell'ordinamento di un ufficio o nel funzionamento di un servizio. Circostanze queste di carattere meramente obbiettivo, donde tutto esso decreto si impronta a carattere di obbiettività.

« Ed invece, relativamente alla dispensa, qui in esame, del dott. Luraschi, adottata con esclusivo riferimento all'art. 1° di tale decreto, non è cenno di sorta di veruna modificazione di uffici o di servizi, imperocchè altra causa non si dà del licenziamento del Luraschi che lo asserito suo insufficiente adattamento alle direttive politiche del Governo ».

Dimostra poi la decisione che la dispensa per motivi politici non può essere deliberata dal Comune, essendo attribuito il relativo potere ai Prefetti (R. D. 23 ottobre 1925 n. 2113) i quali devono osservare forme di procedimento per garanzia degli impiegati e specialmente l'obbligo della contestazione preventiva degli addebiti.

Questa parte è ovvia; più interessante è, invece, la determinazione precisa della causa obbiettiva che sola può determinare la dispensa: cioè, « l'imprescindibile correlativo presupposto di una modificazione nell'ordinamento di un ufficio o nel funzionamento di un servizio ».

Il Comune di Milano, riferendosi ad atti parlamentari, sosteneva che il potere di dispensa fu conferito anche a scopo di « epurazione »; ma il Consiglio di Stato ha chiarito ed ha risposto che « nella specie, la epurazione sia da intendere correlativamente alla specifica finalità, superiormente chiarita, del medesimo decreto legge ».

II. — La idoneità fisica degli invalidi di guerra agli effetti dell'ammissione ai concorsi.

Logicamente e giuridicamente non c'è contraddizione o incompatibilità tra il certificato medico di idoneità fisica al posto messo a concorso e la invalidità di guerra.

Nessuna norma di legge stabilisce che gli accertamenti relativi alla capacità lavorativa dell'invalido e alle sue condizioni di salute nei riflessi della sicurezza e della salute dei compagni di lavoro debbano essere eseguiti dalle Commissioni giudicatrici. La visita di controllo di cui all'art. 4 n. 4 e 5 della legge n. 1312 del 1921 e dell'art. 31 del relativo regolamento n. 92 del 1922, rientra nella facoltà discrezionale della amministrazione e non può essere promosso dalla Commissione giudicatrice del concorso, la quale ha il compito della valutazione tecnica dei concorrenti (Cons. di Stato, Sez. V, decisione 26 maggio 1928 n. 297).

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Per gli orfani dei medici morti in guerra.

Somma precedente	L.	13,660 —
Dott. Baldacci V. (Pisa)	»	500 —
Dott. Viganò E. (Milano)	»	50 —
Cap. Med. Dr. Sinibaldi (Roma)	»	50 —
Associaz. Nazionale Medici Condotti	»	2,000 —
Col. Med. Oddera Luigi (Genova)	»	40 —
Prof. Serono (Roma)	»	500 —
Un incognito	»	50 —
Dott. Giulio Marcon	»	40 —
Dott. Michelangelo Buglioni	»	10 —
Magg. Med. Cogliati Dezza ed allievi Corso Radiologia	»	100 —
Dott. Attilio Menatti (Treviso)	»	50 —
Associazione Nazionale Fascista Medici Condotti (Verona)	»	140 —
Gruppo di Medici riuniti a Bologna per festeggiare il 20° anno di laurea	»	140 —
Dott. Antonio Dozzi	»	20 —
Dott. Ciro Zermani (Verona)	»	25 —
Dott. Aldo Pasquini (Venezia)	»	25 —
Dott. Attilio Menatti (Treviso)	»	40 —
Dott. Umberto Moschini (Roma)	»	25 —
Renato Portada (Zara)		
Alfredo Mastrostefano (Napoli)	»	50 —
Prof. Donato Di Donato (America del Sud)	»	50 —
Totale	L.	17,565 —

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

CALTANISSETTA. *R. Prefettura*. — Ufficiali sanitari di Butera, Resuttano e San Cataldo; L. 6000, 5000 e 8000 rispettivam.; aumenti. Tassa L. 50, alle tesorerie comun. Scad. 15 febbr.

CASALE DI MONFERRATO (*Alessandria*). *Ospedale di S. Spirito*. — Assistente Reparto medicina; lire 3000, oltre il 10 % proventi tassa cura abbienti; età mass. 30 o 35 a. quando da cinque anni si occupi pari ufficio presso Cliniche universitarie o Ospedale. Doc. rito; titolo preferenziale: specifica preparazione ricerche laboratorio. Scadenza 20 gen.

CAVALLERLEONE (*Cuneo*). — Proroga a tutto 15 gen. Rivolgersi Segreteria.

CERVETERI (*Roma*). — Scad. 10 feb.; ore 12; L. 10.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 se uff. san., c.-v. in L. 780 se celibe, L. 840 se coniugato; età lim. 35 a.; tassa L. 50; accettaz. entro 10 gg.

CIVITAVECCHIA (*Roma*). — A tutto 31 gen., per Santa Marinella e Santa Severa; L. 8500 oltre lire 1100 serv. att., doppio c.-v., 5 quadrienni dec.; tassa L. 50; età lim. 35 a.; serv. entro 15 gg. Chied. annunzio.

CONCO (*Vicenza*). — A tutto 15 gen.; L. 1000 e 6 quadrienni oltre indenn. uff. san., c.-v. e trasporto. Richiedere avviso..

CREMONA. *Istituti Ospitalieri*. — A tutto 20 febbraio; primario chirurgo del Reparto Maschile; titoli ed eventualm. esami; L. 9000. Età lim. a. 45. Almeno 4 anni di servizio presso Cliniche chirurgiche o grandi Ospedali. Rivolgersi Segreteria.

DUINO-AURISINA (*Trieste*). — A tutto 25 gen.; sede a Sistiana-Duino; L. 9000 e c.-v., oltre lire 1500 di attività e L. 3000 trasp. Rivolgersi Uff. Com. di Aurisina.

FIRENZE. *R. Prefettura*. — Uff. san. del capoluogo; al 15 gen.; v. fasc. 50 del 1928.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. M. Nuova*. — Primario del 1° Turno Medico; età lim. 45 a.; 7 anni di laurea, 5 in Ospedali o Cliniche o Istituti di patologia medica, dei quali 3 come effettivi; L. 5225 e proventi di prestazioni; scad. ore 17 del 14 gen.; tassa L. 50; doc. poster. al 14 dic. Chied. annunzio. Biennio di prova e conferma per un quinquennio.

Aiuto medico; esami e titoli; L. 7050 e c.-v.; età lim. 35 a.; scad. ore 17 del 14 gen.; tassa L. 50; serv. entro 15 gg. dalla nom. Chied. ann.

Assistente per i Laboratori di ricerche cliniche; L. 6400, c.-v., quota proventi; età lim. 30 a.; scad. ore 17 del 22 gen.; tassa L. 50; serv. entro 15 gg. Chied. annunzio.

FRASSINORO (*Modena*). — Al 10 gen., ore 17; L. 8000, oltre L. 2500 cav. e L. 800 uff. san.; tassa L. 50; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 10 dic.

GENOVA. *Municipio*. — Il termine utile pel concorso a 2 posti di assistente nel Laboratorio chimico del Reparto Igiene e Sanità è prorogato al 31 gen.

GUARDISTALLO (*Pisa*). — Scad. 31 dic.; L. 10.000 e 4 quadrienni di L. 400, oltre L. 500 uff. san., c.-v., L. 3500 cav.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

ISCHIA DI CASTRO (*Viterbo*). — A tutto 15 gen.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,15; doc. a 6 mesi dal 3 dic.; stip. L. 9500, c.-v., 5 quadrienni dec., L. 400 se uff. san., L. 1200 ambulat. Chied. ann.

OSTELLATO (*Ferrara*). — A tutto 20 gen.; 1ª cond.; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 5 dic.; L. 9500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 2520 c.-v., L. 500-1500-2500 trasp., L. 1000 se uff. san.; tassa L. 50,15; serv. entro 15 gg.

PADOVA. *Spedale Civile*. — Assist. effett. di chirurgia; L. 5000 e 2 bienni decimo, subordinatam. a conferma; turni pronto soccorso di 24 ore a L. 30; scad. ore 18 del 22 gen.; età lim. 30 a. al 18 dic.; tassa L. 50,10 alla Tesoreria; serv. entro 20 gg. Chied. annunzio.

ROMA. *Ministero delle Colonie*. — Concorso per titoli ai posti di Capo del reparto di chirurgia

femminile, con annessa sala di maternità, e di Capo del reparto di stomatologia dell'Ospedale coloniale Vittorio Emanuele III di Tripoli. V. fascicolo 48. Scad. 15 genn. Età lim. 45 a., salvo eccezioni. Stip. L. 14.000 oltre L. 10.000 indenn. coloniali; indenn. missioni e trasferte. Tassa lire 50,10; deposito L. 1000,50. Anno di prova; conferme quinquennali. Il bando è pubblicato nella « Gazzetta Ufficiale » del 30 nov. e nel « Boll. Uff. del Gov. della Tripolitania » del 16 nov.

RUSSI (*Ravenna*). — Scad. 15 gen.; medico chirurgo primario della città, del suburbio e dell'ospedale con annesso ambulatorio; L. 11.000 e 10 bienni ventes.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

SALERNO. *Amministraz. Provinciale.* — Direttore della Sezione Medico-Micrograf. dei Laboratori provinciali d'igiene e profilassi; scad. 30 gen.; v. fasc. 50 del 1928.

S. GIMIGNANO (*Siena*). — Scad. 10 gen.; L. 7500 e 6 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.15.

SARULE (*Nuoro*). — Scad. 15 gen.; L. 9500 e 3 quinquenni dec., oltre L. 800 uff. san.; tassa lire 50,15.

SIRACUSA. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Carlentini; titoli ed esami; L. 7000 e 4 quadrienni dec., c.-v., compensi a carico di privati; doc. a 3 mesi dal 20 dic.; età lim. 45 a.; scad. 45 gg. dal 20 dic. Ab. 11.844. Chiedere bando.

TREDOZIO (*Forlì*). — Scad. 10 gen.; capoluogo; L. 11.000 e 10 bienni ventes.; L. 1250-2500 trasp.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

TREVIGNANO (*Treviso*). — A tutto 20 gen.; lire 8000, oltre L. 3000 trasp., L. 560 uff. san., c.-v.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Due aiuti chirurghi; L. 4560 per i coniugati, L. 4200 per i celibi; titoli ed esami; nomina biennale, conferma per un anno; scad. ore 17,30 del 2 feb.; tassa L. 50 al tesoriere; doc. a 3 mesi dal 22 dic. Chiedere annunzio.

Ferrovie dello Stato. — Concorsi per titoli a posti di Medico di reparto; vedi fasc. 50 del 1928. Scad. 21 gen.

CONCORSI A PREMI.

Concorso per quattro monografie.

La Casa Editrice M. Carra e C. di L. Bellini di Roma apre un concorso per quattro lavori da essere pubblicati nella sua Collezione intitolata: « Le Curiosità ». Il tema è a libera scelta del concorrente e dovrà essere contenuto nel numero di 64 pagine, formato 16° comune. Il soggetto di cui ogni concorrente tratterà, deve essere di interesse generale e il lavoro non deve essere stato pubblicato in altre collezioni consimili.

I lavori da essere premiati saranno quattro; con premi di L. 1000, L. 500, L. 300 e L. 200. Il concorso si chiuderà il 31 gennaio. Modalità consuete. Firma con uno pseudonimo o con un motto ripetuti su una busta che racchiuderà il nome e l'indirizzo del concorrente. La tassa di lettura e per la restituzione dei manoscritti non premiati, è fissata in L. 12.

I manoscritti dovranno essere inviati raccomandati alla Casa Ed. suddetta, via San Basilio, n. 50 - Roma.

Premio Alvarenga.

Il Collegio dei Medici di Filadelfia indice un concorso al premio Alvarenga, per l'importo di circa 300 dollari (6000 lire it.), per lavori inediti su qualsiasi argomento della medicina; i dattiloscritti, in inglese, devono pervenire non oltre il 1° maggio 1929 all'indirizzo: The Secretary of the College of Physicians, 19 South 22d Street, Philadelphia, Pa., S. U. d'A.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La Segreteria della Società Italiana di Medicina interna comunica:

« Si è riunita in Roma, il 15 ottobre 1928, la Commissione giudicatrice per il conferimento del Primo Premio Hoffmann-La Roche, nelle persone del sen. prof. Edoardo Maragliano, presidente; prof. Vittorio Ascoli, consigliere delegato; prof. Pietro Castellino, prof. Ferruccio Schupfer e prof. Luigi Zoia, commissari.

« La Commissione ha proceduto alla verifica dei lavori presentati dai diciannove concorrenti e, dopo minuzioso esame di ogni singola pubblicazione, ha deliberato, ad unanimità, meritevoli del premio i dottori Remo Monteleone e Mario Montagnani, assegnando a ciascuno di essi la somma di lire cinquemila.

« La Commissione, infine, ha espresso un voto di plauso e di incoraggiamento al dott. Mario Ronzini per l'attività scientifica da lui svolta ».

Il prof. Maurizio Ascoli di Catania, è nominato membro della Reale Società di Medicina di Londra. Rallegramenti cordiali.

Il prof. Gaetano Vinci, stabile di materia medica, è nominato rettore della R. Università di Messina.

Al prof. Salvatore Traina, aiuto nella Clinica oto-rino-laringoiatrica della Università di Pisa, è stato conferito l'incarico dell'insegnamento nella stessa materia all'Università di Modena. Rallegramenti cordiali.

Il dott. Wolfang Denk, dell'Università di Vienna, è nominato professore di chirurgia a Graz.

Il prof. G. Joachimoglu, già direttore dell'Istituto farmacologico di Berlino, è nominato professore di farmacologia all'Università di Atene.

Alla cattedra di otorinolaringologia dell'Università di Halle è nominato il prof. Eckert Möbius, quale successore del prof. Denker, andato a riposo per limiti d'età.

I NOSTRI MAESTRI.

Il nome del prof. Roberto Alessandri è bene conosciuto dagli studiosi di discipline mediche italiani e stranieri e da quanti egli ha curato con amorevole saggezza ed ha salvato dalla morte: e questi sono falangi numerose.

Forse però non è altrettanto conosciuta la sua vita, dedicata quasi esclusivamente allo studio ed al lavoro, ed intensamente svoltasi nella Scuola, nelle Cliniche, negli Ospedali, nei Laboratori, nelle Riunioni scientifiche, nè bene conosciute sono le sue elevate qualità di cittadino amante dell'Italia nostra, perchè egli, di natura eccessivamente modesta, non ama che se ne parli.

Laureatosi a Roma nel 1892, Roberto Alessandri percorse negli Ospedali tutta la carriera di chirurgo fino a primario, dirigendo con tal grado prima un reparto dell'Ospedale di S. Giacomo, e poi, appena cominciò a funzionare il Policlinico Umberto I, il 3° Padiglione dell'Ospedale annessovi, di cui rimase a capo fino al 1923.

Fu allievo di Francesco Durante e per ben 10 anni coprì nella Clinica chirurgica di Roma i posti di assistente e di aiuto. Incaricato dell'insegnamento di Ortopedia nel 1901 e 1902, fu poi nominato in seguito a concorso professore di Patologia chirurgica presso l'Università di Roma.

Nel 1908 riuscì primo al concorso di Clinica chirurgica a Modena, ma rinunciò a questa cattedra per rimanere nella nostra Università ove fu promosso Ordinario con voto del Consiglio Superiore della Pubblica Istruzione (per l'art. 69).

Nel 1919 quando Francesco Durante dovette lasciare l'insegnamento per avere raggiunto i limiti di età imposti dalla legge, la Facoltà di Roma, con voto unanime chiamò Roberto Alessandri a succedere al suo illustre Maestro. Così egli vide coronata dal meritato successo la più alta aspirazione che può avere un allievo; e dal 1919 occupa la Cattedra di Clinica chirurgica, Semeiotica e Medicina operatoria presso l'Università di Roma.

Il prof. Roberto Alessandri è stato per quattro anni (1919-1923) Membro della Giunta e del Consiglio Superiore della Pubblica Istruzione, è presidente della R. Accademia Medica, vice-presidente del Collegio dei Clinici, delegato per l'Italia della Società Internazionale di Chirurgia, è stato presidente del Congresso di Roma (VII) della Società Internazionale di Urologia.

È membro onorario del Royal College of Surgeons of England e dell'American College of Surgeons, socio onorario della Società tedesca di Urologia, effettivo dell' Association Française de chirurgie, e corrispondente della Société de chirurgie e della Société des chirurgiens de Paris, e di molte altre Società estere di chirurgia e di urologia.

È consulente della Milizia Volontaria Fascista.

Numerose sono le sue pubblicazioni; fra le più notevoli ricorderemo i primi lavori sulle lesioni degli elementi del cordone spermatico e quelli sui vasi dell'ilo renale che sono stati seguiti da studi e da applicazioni pratiche di molta importanza; quelli sulla vaginale del testicolo, sui vari mezzi di anastomosi intestinale, in cui sostenne, nel momento in cui i bottoni metallici erano più in voga, doversi preferire le suture semplici o su sostegno riassorbibile.

Un insieme di esperienze e di lavori clinici riguardano le ernie della vescica, allora assai poco note.

Nella chirurgia del sistema urinario sono molte e assai importanti le sue contribuzioni, dalla diffusione in Italia dei metodi di esame dei due reni e della funzione col cateterismo ureterale e coi mezzi colorimetrici, agli studi sulla tubercolosi renale, sulle anomalie degli ureteri, sui diverticoli vescicali, sulla pielotomia, sull'importanza dello pneumorene nella diagnosi precoce dei tumori renali, ecc.

Assai notevoli sono anche i suoi contributi alla chirurgia cerebrale e del midollo spinale: specialmente importanti i metodi operatori per l'epilessia jacksoniana, ove colla ricostruzione dei piani anatomici cranio-meningei ottenne risultati completi e precisò la tecnica migliore da usare; nel campo della chirurgia spinale gli è dovuto il processo osteoplastico più semplice e pratico di laminectomia, la statistica più numerosa d'interventi per tumori del midollo in Italia, comunicata all'ultimo Congresso medico-chirurgico, la diffusione in Italia dell'uso del lipiodol a scopo diagnostico, la prima esecuzione della emilaminectomia, ecc.

Oggetto di suoi studi sperimentali e clinici sono stati pure gli innesti e i trapianti, dai primi tentativi di innesti di tessuti adulti e embrionali ai trapianti di ossa, che fu uno dei primi ad usare in Italia.

Altro campo in cui ha portato largo contributo di statistiche e di applicazioni è quello dell'anestesia, dalle prime osservazioni sugli effetti della narcosi cloroformica, specialmente sull'albuminuria, all'uso dell'anestesia spinale (uno dei primi ad usarla in Italia) da quella per inalazione alla Meltzer, e recentemente all'introduzione e all'uso fra noi della narcosi generale coi gas, specialmente coll'etilene.

Delle sue esperienze durante la guerra documentano le pubblicazioni sugli interventi addominali nelle ferite di guerra e specialmente gli studi e i risultati ottenuti nella riunione per prima delle ferite di guerra soprattutto nei cranici e nei fratturati degli arti.

Nel campo della chirurgia addominale sono assai importanti le sue osservazioni sulla chirurgia delle vie biliari, sul valore diagnostico del pneumoperitoneo, sul trattamento delle ulcere mediogastriche, sulle ulcere peptiche post-operatorie, sull'ulcera duodenale, sulla tubercolosi del piloro, sulla sifilide dello stomaco.

Alla Società Internazionale di Chirurgia riferì sulla cura dell'ernia inguinale e sulla chirurgia del cuore e dei grossi vasi, riassumendo tutta la casistica italiana, all'estero trascurata.

Sulle metastasi ossee degli ipernefromi, sui tumori pulsanti delle ossa, sui neoplasmi delle cap-



Roberto Alessandri

sule surrenali, portò osservazioni e contributi importanti, come anche sui tumori delle ossa a tipo tiroideo senza lesione della tiroide, che comunicò al Congresso dei Chirurghi Americani in occasione della nomina a Socio Onorario di quel Collegio.

Alla sua attività più recente appartengono le osservazioni sui tumori del polmone, i tentativi di cura chirurgica nella chiluria, e le osservazioni sulle resezioni dello stomaco per cancro, come anche la sua attività come presidente della Sezione Romana della Lega contro il cancro.

La vasta cultura del prof. Roberto Alessandri, la sua genialità non emergono soltanto da questa intensa produzione scientifica, ma brillano anche nelle lezioni che egli ha impartito ed impartisce dalla Cattedra Universitaria.

Già quelle di Patologia chirurgica chè dettò per ben 17 anni, furono non solo dense di sapere e ricche di cognizioni teoriche e pratiche, ma furono anche sempre dette in modo semplice e piano tanto da tener continuamente desta l'attenzione della numerosa scolaresca, per la quale era appena sufficiente lo spazio fornito dall'aula vasta, pur trattandosi spesso di materia pesante ed aspra ad intendersi.

Ancora più brillanti, se è possibile, sono le lezioni di Clinica chirurgica che Alessandri impartisce dal 1919: egli dopo avere analizzato completamente in tutti i suoi particolari la malattia degli infermi che presenta, assurge alla diagnosi con notevoli discussioni fondate sulla vasta cultura di Patologia che egli possiede e sulla pratica che gli deriva dalle numerose osservazioni e dal profondo studio fatto negli affollati reparti Ospedalieri e Clinici.

In camera operatoria non è soltanto la tecnica impeccabile la dote precipua di Roberto Alessandri, ma lo sono anche la tranquillità e la sicurezza guidate da un equilibrio mentale veramente stabile che non lo abbandona mai nemmeno nei momenti più difficili e più scabrosi.

Egli ha istituita anche la prima Scuola di perfezionamento in chirurgia, che secondo l'ultima legge funzioni in Italia, e finora unica; ha ottenuto anche un reparto operatorio per i laureati che la frequentano.

Il clinico chirurgo di Roma non è soltanto un grande studioso, uno scienziato ed un eminente operatore; ma possiede anche un carattere che non oscilla: il carattere dei forti; ed un senso della giustizia spinto fin quasi all'eccesso.

Egli ama profondamente l'Italia nostra alla quale, quando fu necessario dedicò l'opera sua con profondo sacrificio come si può fare soltanto per chi si ama veramente.

Pochi sanno che egli ha partecipato attivamente alla Grande Guerra, prendendo parte come direttore della II Ambulanza Chirurgica a numerose azioni importanti e gravi e sempre in prima linea: dal Trentino e dalle Alpi di Fassa nel 1916 al Cuck e Vodice alla Bainsizza, al San Gabriele e al San Marco nella primavera-estate 1917; dalla fase dolorosa dell'ottobre 1917 alla prima grande vittoria nostra del Montello e poi a Vittorio Veneto. E negli intervalli fra un'azione e l'altra correva a Roma a curare i feriti ricoverati nei suoi Reparti, ad impartire la parola del Maestro nell'Aula della Scuola. La sua condotta sempre tranquilla e serena, il suo coraggio mai tentennante nemmeno in momenti fortemente pericolosi gli valsero le bene meritate ricompense della Medaglia d'argento al Valore Militare e della Croce di Guerra!

Questa è la vita e l'opera fino ad oggi di Roberto Alessandri che nella sua modestia è grande allievo e degno successore dell'illustre Maestro suo: Francesco Durante.

LA REDAZIONE.

L'editore, certo di fare cosa grata agli abbonati, annette al presente numero una tavola con l'effige dell'insigne Clinico.

NOTIZIE DIVERSE.

Scuola Superiore di Malariologia.

La Scuola Superiore di Malariologia, istituita da S. E. Mussolini nel 1927 anno V, è un organismo didattico e scientifico che viene a inserirsi nella vasta opera del Governo Nazionale per la redenzione igienica e sociale delle terre malariche.

La scuola ha l'alta missione di preparare militi esperti nelle opere di bonifica del suolo e nella lotta contro l'endemia malarica.

La Scuola Italiana di Malariologia inizia nel 1929 il III anno di insegnamento. Essa comprende una Sezione medica per laureati e laureandi in Medicina e una tecnico-economica per ingegneri e laureandi in Ingegneria e dottori e laureandi in Agraria.

L'insegnamento impartito dai nostri più insigni studiosi di malaria e da valorosi tecnici di idraulica ed agraria, comprenderà lezioni teorico-pratiche, esercitazioni cliniche e di laboratorio, gite di istruzione in zone palustri e in località di grande e di piccola bonifica.

Potranno frequentare i corsi, cittadini italiani e stranieri; la tassa d'iscrizione è di L. 300 per ogni allievo.

I corsi della Sezione tecnico-economica avranno inizio il 1° aprile e si chiuderanno il 30 maggio 1929.

I corsi della Sezione Medica avranno inizio il 1° luglio e si chiuderanno il 30 settembre 1929.

Gli allievi, ultimati i corsi, potranno richiedere il certificato di frequenza ed ottenere il diploma se giudicati idonei nelle prove d'esame.

Sono istituite n. 4 borse di studio per un periodo di perfezionamento di L. 5000 ciascuna da assegnarsi a due allievi della Sezione medica e a due allievi della Sezione tecnico-economica che abbiano frequentati i corsi della Scuola.

Per i programmi e per le norme d'iscrizione rivolgersi alla Segreteria della Scuola, R. Clinica Medica, Policlinico Umberto I, Roma.

Corso complementare in igiene.

Dal 15 gennaio al 15 marzo, nell'Istituto d'Igiene della R. Università di Roma, avrà luogo un corso di perfezionamento in Igiene per laureati in medicina e chirurgia, ed eventualmente per laureati in veterinaria, chimica, chimica-farmacia, agraria, scienze naturali, ingegneria e diplomati in farmacia. Il corso sarà svolto tenendo conto dei programmi per gli esami di concorso ai posti di ufficiale sanitario. Domanda al Rettore. Tasse complessive L. 450,50, da versare al Banco di S. Spirito, sede di Roma, piazza S. Silvestro, n. 64. Per ritirare il diploma gli interessati dovranno in seguito presentare domanda e versare al Banco di S. Spirito L. 24,10.

Le iscrizioni, che si riceveranno fino al 10 gennaio 1929, possono raggiungere il numero di 120. In caso di eccedenza, le ammissioni avranno luogo secondo l'ordine di presentazione delle domande.

Corso di patologia coloniale.

Un corso di patologia coloniale affidato al prof. Carlo Basile si svolgerà presso la Clinica Medica della R. Università di Roma dal 14 gennaio al 14 marzo; consterà di 50 lezioni.

Per le iscrizioni rivolgersi alla Clinica Medica, Policlinico Umberto I, Roma.

Le iscrizioni sono gratuite.

Corsi di perfezionamento medico.

Corsi internazionali di perfezionamento medico avranno luogo a Berlino con l'appoggio della Facoltà medica universitaria, della Lega dei docenti per corsi di vacanze e della Casa « Kaiserin Friedrich ».

Corsi permanenti avranno la durata di 2 a 4 settimane. Sono anche istituiti posti d'uditori nelle cliniche, negli ospedali e nei laboratori, della durata di due a tre mesi, eventualmente anche maggiori per chi voglia lavorare sotto una direzione sistematica.

Nei mesi di marzo e aprile si terranno 4 corsi: corso generale sui progressi della medicina con speciale considerazione alle malattie del cuore, dal 4 al 16 marzo; corso speciale di urologia (uroscopia), dal 18 al 23 marzo; corso speciale sulla chirurgia del petto e del ventre, dall'8 al 13 aprile; corso speciale di roentgenologia con speciale considerazione alla chirurgia, dal 14 al 21 aprile.

L'ufficio del « Dozentenvereinigung » (Berlin NW 6, Luisenplatz 2-4) indica abitazioni appropriate, dà informazioni sui prezzi di costo, serve da mediatore nelle cliniche, ecc. e spedisce, a richiesta, programmi dettagliati.

II Congresso internazionale di medicina tropicale.

Si è svolto al Cairo, come avevamo annunziato, dal 15 al 20 dicembre.

Il governo egiziano, le autorità municipali e le autorità accademiche si sono prodigate per i congressisti, che hanno raggiunto il cospicuo numero di circa 2000.

Le relazioni dei delegati italiani hanno riscosso grande successo: il capo della delegazione, prof. Castellani, venne molto festeggiato.

Al Circolo italiano del Risotto il prof. Pende, in presenza del R. Ministro e del R. Console, del segretario del Fascio e di numerosissimi italiani, ha pronunziato un'applaudita conferenza sugli « infantilismi e le anomalie della crescenza ».

Sono state conferite alcune lauree *ad honorem*, tra cui al prof. Castellani, fatto segno a una speciale dimostrazione dei congressisti. Il Congresso ha dimostrato la grandissima importanza della scienza italiana nel campo della medicina tropicale, in cui molte scoperte si debbono agli italiani.

Contemporaneamente al Congresso, fu solennemente festeggiato il centenario della Facoltà Medica.

Al Congresso seguirono varie interessanti escursioni.

V Congresso internazionale di medicina e farmacia militari.

È indetto a Londra dal 6 all'11 maggio. Temi all'ordine del giorno sono: 1° Le evacuazioni per via d'acqua e d'aria; legami dei servizi sanitari delle armate di terra e di mare; compito del servizio medico nelle operazioni combinate; 2° Febbri tropicali di breve durata; 3° Ferite dei vasi e loro sequele; 4° Analisi fisica e chimica della vetreria e degli oggetti di gomma utilizzati dal servizio sanitario; 5° Stato della dentatura e attitudine fisica ai diversi servizi militari.

La tassa d'iscrizione è di 10 scellini per gli uomini, di 7 scellini e 6 pence per le signore. Essa dà diritto alle relazioni, alle escursioni ed ai ricevimenti. Le adesioni devono indirizzarsi al segretario permanente, Dr. Voncken, Hôpital Militaire, Liége (Belgio).

Le società ferroviarie della Gran Bretagna e dell'Irlanda hanno consentito di rilasciare biglietti a prezzi ridotti. Altre riduzioni saranno ottenute dalle società ferroviarie del continente e dalle compagnie di navigazione.

Congresso internazionale delle medichesse.

L'Associazione Internazionale delle Medichesse, che raccoglie rappresentanti di 24 nazioni, terrà il suo prossimo Congresso quinquennale a Parigi, dall'11 al 13 aprile.

L'Associazione ha per scopo di creare tra i suoi membri un legame di solidarietà, il quale permetta loro di conoscersi, di aiutarsi e di studiare in comune le questioni d'interesse generale che rientrino nel campo della loro attività.

Il Congresso di Parigi viene organizzato dalla « Association française des femmes médecins » (Avenue Emile Zola 154, Paris).

II Congresso nazionale ostetrico-ginecologico.

Il Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia, adunatosi a Roma dal 19 al 22 dicembre, ha assunto speciale sviluppo in armonia con le finalità perseguite dal Governo fascista per la difesa della maternità e dell'infanzia.

Alla seduta inaugurale parteciparono il rettore dell'Università prof. Millesovich, il preside della Facoltà medica prof. Dalla Vedova, il vice-direttore della Sanità pubblica dott. Basile, ecc. Erano presenti circa 150 soci.

Il presidente, sen. Pestalozza, illustrò magistralmente il programma della Società; seguirono alcune dichiarazioni del prof. E. Fioretti.

Dopo le commemorazioni, si svolsero attivissimi i lavori scientifici, di cui daremo prossimamente un breve resoconto.

Società italiana di medicina sociale.

Sotto gli auspici del Sindacato Medico Fascista Provinciale Milanese e col plauso delle superiori gerarchie sindacali si è costituita in Milano una Società Italiana di Medicina Sociale.

Il Comitato organizzatore di questa Società confida che in essa si raccoglieranno tutti quanti, medici e non medici, si occupano d'uno qualsiasi dei tanti problemi della medicina sociale.

Si inizia quest'anno il nuovo lavoro favorito dall'alta e ambita collaborazione dell'Istituto Fascista di Cultura di Milano, istituzione assurta a fastigi d'importanza nazionale sotto la sapiente guida di chi l'ha creata: l'on. Dino Alfieri, membro del Gran Consiglio Fascista.

La Società, che è presieduta dal prof. Carlo Foà, ha organizzato un programma che comprende 33 conferenze.

La quota sociale annua è fissata in L. 25.

Per informazioni rivolgersi alla sede sociale, via Dogana 2, Milano.

L'Associazione italiana di idrologia per lo studio del reumatismo cronico.

La lotta, preventiva e curativa, contro il reumatismo cronico che si va svolgendo con tanta attività in Inghilterra, trova oggi larga eco in Italia per opera dell'Associazione medica italiana di idrologia e climatologia. Questa ha costituito essa pure una commissione di studio dell'importante problema, la quale è risultata costituita dei proff. Maurizio Ascoli, Vittorio Ascoli, Giovanni Boeri, Adriano Ceresoli, Luigi D'Amato, Bindo De Vecchi, Luigi Devoto, Adolfo Ferrata, Cesare Frugoni, Umberto Gabbi, Riccardo Galeazzi, Celestino Gozzi, Ferdinando Micheli, Alessio Nazari, Alberto Pepere, Sante Pisani, Luigi Preti, Enrico Ronzani, Pietro Rondoni, Andrea Vinaj, Fabio Vitali.

Inoltre è stato incaricato il prof. Gastone Gherardi, studioso di statistiche sanitarie, di riferire prossimamente sulla diffusione del reumatismo cronico in Italia; al prof. Ronzani è stato affidato il compito di curare il censimento degli ospedali e degli altri ospizi di cronicità e vecchiaia nei riguardi degli infermi di reumatismo cronico; ed al dott. Cesare Giannini, medico capo della Cassa Nazionale per le Assicurazioni sociali, è stato chiesto di indicare il numero dei pensionati per invalidità derivante da reumatismo cronico.

La Commissione dovrà poi preparare un programma di lavoro per la Conferenza internazionale delle malattie reumatiche, che si terrà in Italia nel 1930.

Il prof. Serono per il Consiglio nazionale delle ricerche.

Il Consiglio Nazionale delle Ricerche comunica che allo scopo di contribuire alle alte finalità scientifiche che si propone il Comitato Nazionale biologico del Consiglio Nazionale delle Ricerche, il prof. dott. Cesare Serono ha messo a disposizione della presidenza del Comitato stesso la somma di L. 10.000 per l'anno 1929.

La partecipazione dei Comuni di cura alla Fiera di Tripoli.

Il Consorzio Nazionale stazioni di cura, soggiorni e turismo che fa capo alla Confederazione Nazionale degli Enti autarchici sta organizzando una vasta partecipazione delle stazioni climatiche d'Italia alla Fiera campionaria di Tripoli che si aprirà il 20 marzo. Le mostre dei Comuni di cura avranno senza dubbio grandissimo interesse sopratutto in Tripoli che non a torto può chiamarsi, a sua volta, una stazione climatica di primissimo ordine. Le mostre comprenderanno: grafici, fotografie, disegni, panorami, materiale di propaganda, ecc.: tutto quanto riguarda la magnifica organizzazione delle stazioni di cura italiane.

Per la lotta contro la tubercolosi.

Si sono tenute varie riunioni fra il segretario generale del P. I. e i rappresentanti della Cassa Nazionale Assicurazioni Sociali, il prof. Sclavo, l'on. prof. Eugenio Morelli, i dottori Basso, Lusignoli, Ricci ed altri.

E' stato stabilito che nel corrente mese si inizierà a Roma un breve corso accelerato di tisiatria pratica per i medici condotti e ne è stato fissato il programma; il corso stesso dovrà poi ripetersi in tutte le regioni d'Italia.

Si è parlato anche del Metodo Italiano ed anzi il prof. Fagiuoli di Verona sarà incaricato di recarsi a Roma ad esporre questo metodo ai medici condotti.

L'applicazione del metodo sarà fatta in quelle provincie che saranno indicate previ accordi con il presidente del Comitato esecutivo per la lotta antitubercolare.

Rinnovamento edilizio all'Università di Palermo.

Si sono chiusi gli appalti pel primo gruppo di nuove costruzioni per la Facoltà medica e per la Facoltà di scienze dell'Università di Palermo.

In tale occasione il podestà Di Marzio e il rettore Ercole hanno inviato un telegramma di devozione e gratitudine al Duce, alla cui volontà si deve questa realizzazione.

Le opere del Regime a Legnano.

L'Ospedale Civile amministrato dalla Congregazione di Carità, essendo diventato Ospedale di Circolo, ha dovuto essere ampliato in modo da poter degnamente assolvere il suo più vasto cómpito.

All'uopo è stato costruito un padiglione da adibirsi esclusivamente alla chirurgia.

Il nuovo padiglione è ubicato parallelamente a quello esistente, è allacciato a quello di medicina da un corridoio largo 3 m., occupa un'area di circa mq. 843 ed ha una cubatura di circa 13,000 mc.; è costato circa 2 milioni.

Per l'Ospedale si è ora costruita una lavanderia a vapore. Si è rinnovato tutto il servizio di cucina (impianto frigorifero, radiante, lavastoviglie a macchina, ecc.).

Legnano è stata anche dotata di una centrale del latte, sull'esempio di Milano e Napoli; è esercita dalla « Soc. An. Latte Igienico Legnano », sotto il diretto controllo del Comune.

Per un grande tubercolosario presso Imola.

L'Ente Nazionale delle Assicurazioni sociali, di cui è presidente il sen. Garbasso, ha deciso di costruire un grandioso sanatorio per tubercolotici nei pressi di Imola.

Per favorire l'iniziativa, il Consiglio di amministrazione della Cassa di Risparmio di Imola aveva stabilito di elargire un milione di lire.

Inaugurazione di un sanatorio per tubercolotici a Torino.

Il 15 dicembre venne inaugurata a Torino la clinica privata « Villa dei Colli » per malattie dell'albero respiratorio.

Alla cerimonia intervennero il Principe Ereditario, il cardinale arcivescovo Gamba, il prefetto Maggioni, il rettore dell'Università prof. Pivano, il preside di medicina prof. Maggiora Vergano e tutte le autorità e personalità mediche cittadine.

A ricevere il Principe e le autorità si trovavano il direttore della clinica dott. Armando Abate, il prof. Quarelli, consulente medico, e tutto il Corpo sanitario del nuovo Istituto. Ha spiegato gli scopi altamente sociali dell'opera il prof. Quarelli, e il cardinale arcivescovo ha benedetto i locali che ospiteranno i malati.

Riorganizzazione degli ospedali di Parigi.

Il Consiglio Municipale di Parigi ha approvato, su relazione di Henry Grangier, i progetti del direttore dell'assistenza pubblica Louis Mourier, per la ricostruzione o il riattamento degli ospedali di Parigi. La spesa complessiva importerà 150 milioni di franchi, pagabili in parecchie annualità.

Come abbiamo già annunziato, il Broussais e il Richet verranno abbattuti e ricostruiti sullo stesso posto. Il Beaujon, che data dal 1784, verrà demolito e sostituito da un nuovo grandioso ospedale a Clichy, sobborgo di Parigi, del costo di 70 milioni; al suo posto sorgerà un piccolo ospedale di pronto soccorso, del costo di 3 milioni. La Charité, che data dal 1608, è destinata a scomparire del tutto; o almeno verrà unita al Broussais, che diverrà un grande ospedale moderno, capace di 1000 letti; la spesa all'uopo preventivata è di 27 milioni. E' previsto anche l'ingrandimento e il rifacimento del Claude Bernard, per malattie contagiose, al quale saranno aggiunti 500 letti, con una spesa di 22 milioni e mezzo. Un sanatorio per donne sarà costruito a Labruyère (Oise); quello di Angicourt rimarrà per soli uomini. Inoltre un sanatorio sorgerà a Champrovay, a 26 km. da Parigi; sarà capace di 550 posti e importerà la spesa di 17 milioni.

Si salvano: l'Hôtel-Dieu, il quale fu già demolito e ricostruito una quarantina d'anni or sono, ma pare che non risponda più alle attuali esigenze; l'Ospedale della Pitié, anch'esso di recente demolito e ricostruito nelle vicinanze; il Saint-Louis, che data dal 1607 e che è ancora in ottime condizioni: ultimamente nei suoi vasti cortili si sono costruiti un padiglione per lebbrosi e un dispensario antivenereo.

Idea direttiva di questa riorganizzazione, è di portare, per quanto è possibile, gli ospedali alla periferia, rendendo libere delle aree che oggi hanno un grande valore commerciale e, al tempo stesso, aumentando la capacità e l'efficienza degli ospedali. In città vengono creati posti di pronto soccorso o piccoli ospedali.

E' anche stabilito lo stanziamento di 25 milioni per la costruzione di gerontocomi.

Il grande Centro medico di New York.

Il 12 ottobre venne inaugurato a New York il nuovo Centro Medico, che comprende 11 istituti, tra Broadway, la One Hundred e la Sixty Eighth Street. Il loro costo complessivo importa 25 milioni di dollari, pari a mezzo miliardo di lire italiane. Il presidente del Consiglio d'amministrazione della Columbia University fece la storia di questa grandiosa iniziativa, la cui prima idea sorse diciotto anni or sono, e ne prospettò gli sviluppi ulteriori, che tenderanno a fare della Scuola Medica di New York una delle prime del mondo. Il discorso inaugurale fu tenuto dal dott. Samuel W. Lambert, già decano della Scuola Medica della Columbia University, il quale rilevò che scopo precipuo dei singoli istituti dovrà essere l'insegnamento e non la ricerca scientifica, per la quale si dispone, a New York, di altre istituzioni.

Il Centro medico di Filadelfia.

Il 13 settembre fu deposta la prima pietra di una nuova grandiosa clinica medica la quale contribuirà a fare della Scuola medica di Filadelfia una delle più grandiose e belle del mondo. Essa si deve alla generosità del banchiere e filantropo Martin Maloney, che all'uopo ha donato 1 milione di dollari, pari a 20 milioni di lire it.

La nuova Clinica Maloney ospiterà anche la Fondazione Robinette per lo studio, la cura e la profilassi delle malattie del cuore e dei vasi, dovuta alla generosità di Eduard B. Robinette, col concorso di altri banchieri e di ex-allievi. Ospiterà, inoltre, la fondazione Edridge R. Johnson per la fisica medica, per la quale l'ex-presidente della « Talking Machine Company » ha donato 800.000 dollari pari a 16 milioni di lire it.

Il Maloney, che fu creato marchese dal papa Leone XIII in riconoscimento della sua filantropia, aveva già fatto altre cospicue donazioni alla Università di Filadelfia, tra le quali una di 250 mila dollari.

Nello scorso autunno fu inaugurato a Filadelfia l'Ospedale della Scuola medica post-universitaria, il quale è costato 2 milioni di dol.; ed è in via di avanzata costruzione l'Istituto di Anatomia e di Biochimica, del costo di 1 milione di dollari.

L'Ospedale Gorgas.

L'ospedale che sorge presso Panama, sulla collina Ancon, chiamato fin'ora « Ospedale Ancon », è stato intitolato al nome di Gorgas.

Si vuole che sia il più bell'ospedale del mondo. Esso era stato costruito dai francesi quando intendevano tagliare l'istmo di Panama; tra le sue mura vennero a morte 5000 persone, quasi tutte per malaria e febbre gialla.

Quando gli americani ripresero i lavori per il taglio dell'istmo, ricostruirono l'ospedale, spendendovi prima 2 milioni di dollari e poi un altro milione: complessivamente circa 60 milioni di lire it. Esso è capace di 880 letti.

Grazie a Gorgas, non soltanto i lavori divennero possibili, ma quella località, che era una delle più pestilenziali, è divenuta una stazione climatica; onde a giusto titolo si è voluto ricordarlo. Gorgas ha compiuto da poco 74 anni.

L'Istituto di Fonetica a Parigi.

Con decreto dell'11 agosto 1927 era stata stabilita la fondazione di un Istituto di fonetica alla dipendenza dell'Università di Parigi e in rapporto con le Facoltà di scienze, di medicina e di lettere. Il Municipio di Parigi concorrerà nelle spese. L'Istituto verrà ora organizzato probabilmente in un edifizio municipale in Rue des Bernardins 19. Vi sarà annesso un Museo della parola e del gesto. L'Istituto compirà ricerche scientifiche, raccoglierà documenti sul linguaggio umano e contribuirà all'educazione del popolo. Esso raccoglierà e preserverà in forma durevole il linguaggio di uomini eminenti e di artisti del canto; analizzerà gli elementi fisici del linguaggio; organizzerà l'insegnamento dell'ortofonia e contribuirà a rettificare le pronunzie imperfette o difettose.

Premi d'igiene domestica.

Si è riunito sotto la presidenza del prof. Pecori il Direttorio della Sezione Laziale della A. I. F. I., con l'intervento della Sig.na Moretti, segretaria dei Fasci Femminili, della contessa D'Ancora delegata dei Fasci Femminili dell'Urbe e dei rappresentanti degli Enti che hanno aderito alla iniziativa della Sezione dei premi di Igiene domestica, per fissare le norme con le quali verranno erogati i detti premi.

Venne stabilito che ai premi possano concorrere gli operai, piccoli impiegati e rurali che abbiano in proprietà o in affitto con pigione massima di L. 400 un appartamento non superiore alle 4 camere e accessori, con esclusione dei subaffittuari e dei sublocatari.

Le domande per prendere parte al concorso potranno essere presentate fino al 15 febbraio 1929 corredate di quelle notizie che quanto prima saranno indicate.

I premi in titoli del Littorio di L. 500 e di L. 300 saranno corrisposti secondo particolari modalità stabilite da un apposito Comitato.

I detti premi saranno assegnati agli inquilini di case popolari e di case di modesta condizione che dimostrino di tenere i loro alloggi in condizioni di pulizia, di decoro e con il rispetto di ogni altra buona norma d'igiene.

Alcuni premi saranno destinati anche agli abitanti del suburbio, dell'Agro Romano e degli alberghi dei poveri.

Le Commissioni d'ispezione verranno costituite da membri del Direttorio, da delegate dei Fasci Femminili, da soci della Sezione Laziale della A. I. F. I. e dai rappresentanti degli Istituti aderenti.

L'assemblea infine mentre col più vivo compiacimento ha preso atto dei contributi dei seguenti Enti e cioè: Governatorato L. 10.000; Istituto Case Popolari L. 5000; Istituto Romano Beni Stabili L. 5000; Società Generale Immobiliare L. 3000; Istituto Autonomo per le Case dei Dipendenti del Governatorato L. 2500; Società Italiana per Imprese Fondiarie L. 2500; Pio Istituto di S. Spirito L. 2000; Congregazione di Carità L. 1000; Associazione Romana Fascista fra i proprietari di fabbricati L. 500; Associazione Italiana Fascista per l'Igiene L. 500; prof. Pecori presidente della Sezione Laziale L. 500; Cassa di Risparmio L. 150; Dopolavoro Provinciale un quadro; ha stabilito di rivolgere viva preghiera ad altri Istituti, Enti od Associazioni perchè concorrano alla bella iniziativa.

Nella stampa medica.

Il fascicolo del 15 dicembre della « Minerva Medica » reca la seguente dichiarazione:

« Ill.mi Sigg. Dottori cav. Oliaro Guglielmo e cav. San Pietro Ezio, proprietari-editori del Giornale « Minerva Medica ».

« Con la presente dò atto alle SS. LL. II. del mio proposito di abbandonare la condirezione del Giornale di cui le SS. LL. II. sono proprietari-editori. Nel mentre mi è grato di dichiarare la mia vecchia, sincera ed affettuosa amicizia verso i colleghi prof. Micheli e Donati coi quali mi sono sempre trovato nel più cordiale consenso di propositi e d'azioni, esprimo il desiderio che il mio nome sia tolto dalla copertina del Giornale a cominciare dal numero in cui sarà resa pubblica la presente dichiarazione.

« Torino, 24 novembre 1928.

Prof. ANGELO CECONI ».

*
* *

La nuova rivista « Immunität, Allergie und Infektionskrankheiten » si pubblica a Monaco di Baviera, sotto la direzione di R. Degkwitz (Greifswald), E. Lashke (Berlino), K. Schlossberger (Francoforte sul Meno) e G. Schröder (Schönberg),

È a periodicità mensile; l'abbonamento importa 5 marchi oro per ogni trimestre. Il primo numero reca la data del 1° ottobre; la pubblicazione continua regolarmente.

*
* *

Col 1° novembre si è iniziata la pubblicazione del periodico « Der Chirurg », diretto da Kirschner (Tubinga), Kleinschmidt (Wiesbaden) e Nordmann (Berlino); è edito da Julius Springer di Berlino.

*
* *

La « Gastrologja Polska » ha iniziato le pubblicazioni a Varsavia, sotto la direzione del dott. Broniaslaw Wejnert. È consacrata esclusivamente allo stomaco. Per comodità dei lettori che non conoscono il polacco, ogni articolo originale è riassunto in esperanto ed in francese o in tedesco. Oltre a lavori originali, fa posto a molte recensioni. Il primo numero è uscito in dicembre.

Una conferenza del prof. Nicolò Castellino.

Il prof. Nicolò Castellino, dell'Università di Napoli, ha tenuto a Milano una conferenza su « L'igiene del lavoro entro e fuori le fabbriche », per invito del Sindacato medico fascista, della Società di Medicina Sociale e dell'Istituto fascista di cultura, nella sede di questo Istituto.

L'illustre oratore ha rievocato le condizioni del lavoro nel passato; ha fatto valere il compito antesignano dell'Italia, attraverso Ramazzini, Scolopi e Strambio; ha esposto i provvedimenti adottati nelle varie nazioni e l'azione rinnovatrice del Regime; infine ha illustrato l'organizzazione scientifica del lavoro.

Onoranze giubiliari al prof. di Vestea.

Un Comitato, presieduto dal prof. Achille Sclavo, prepara per il 1929 solenni onoranze al prof. Alfonso Di Vestea, ricorrendo il suo anno giubilare, proponendosi altresì di dar vita ad un'opera che perpetui il di lui nome nell'Università di Pisa. Sede delle onoranze sarà l'Istituto d'Igiene della R. Università di Pisa. Adesioni e contributi vanno indirizzati al dott. Giulio Lepri, ufficiale sanitario del Comune di Pisa.

Per il dott. Felice Caldi.

Dopo quasi quaranta anni di illuminato esercizio professionale è andato in pensione il nostro egregio collega dott. Felice Caldi, medico condotto di Fornacette (Pisa).

Per iniziativa del P. N. F. fu offerto al dott. Caldi un banchetto e furono pronunziati discorsi di alto elogio pel medico valoroso, al quale fu pure donata una medaglia d'oro con fregi allegorici di notevole valore artistico.

Commemorazione di Lazzaro Spallanzani.

Avrà luogo a Reggio Emilia ed a Scandiano il 12 gennaio, in occasione del 2° centenario della nascita del sommo naturalista. Le onoranze comprendono due ricevimenti, nei due municipî; la visita al Museo Lazzaro Spallanzani di Reggio ed alla casa ed al monumento di Spallanzani a Scandiano; ecc. Verrà anche offerto ai convenuti un volume contenente scritti di Pighini, Pratolongo, Menozzi, ecc.

Il Comitato, di cui è presidente onorario il ministro della P. I., include uno Spallanzani, il rag. Emilio di Scandiano.

Un busto al prof. Morisani.

È stato inaugurato, a Formicola, in Terra di Lavoro, un busto marmoreo che ricorda il sen. prof. Ottavio Morisani. Alla cerimonia intervennero S. E. Castelli, alto commissario per la provincia di Napoli, il sen. Pascale in rappresentanza del Senato, S. E. Casertano in rappresentanza della Camera e molte altre autorità; assistevano i figli e i parenti dell'estinto. Dopo la benedizione impartita dal vescovo di Caiazzo monsignor Di Gennaro, il commissario prefettizio di Formicola, cav. Melodia, lesse le adesioni e ringraziò gl'intervenuti; poi il sen. Marciano pronunziò una smagliante orazione, rievocando le alte benemerenze dell'illustre clinico ginecologo nel campo scientifico, didattico, professionale, politico e letterario.

Notizie epidemiologiche.

Il Comitato Nazionale Americano che regola i soccorsi per le provincie cinesi colpite da carestia, annunzia che nella Cina settentrionale è comparsa la peste bubbonica, la cui diffusione è favorita dalle condizioni di estrema inopia in cui vivono attualmente ben 12 milioni di persone.

Negli Stati Uniti si è rapidamente diffusa l'influenza: in 39 Stati, durante la settimana 10-16 dicembre furono denunziati 700.000 casi circa e nella settimana 17-22 dicembre altri 240.562 casi. L'epidemia non ha carattere maligno; tuttavia in 78 fra le maggiori città, nel corso della seconda settimana suddetta furono registrati circa 2000 decessi, in gran parte dovuti a complicazioni polmonari dell'influenza.

A Berlino i casi di influenza si sono andati intensificando, tanto da riempire gli ospedali in modo che non vi sono più letti disponibili. Non si conosce il numero esatto degli ammalati, ma questo deve essere rilevantissimo, dato che negli uffici, nelle officine e nelle scuole si registrano numerose assenze.

Una grave epidemia di tifoide si è prodotta, sullo scorcio del 1928, nella città di Lione, determinando un forte ingombro degli ospedali e provocando numerosi decessi.

Depurazione dell'insulina.

Il prof. John Abel e il dott. H. Jensen Bongh, dell'Università Johns Hopkins di Baltimora, hanno annunziato il 27 dicembre, in seno all'Associazione Americana per il Progresso delle Scienze,

adunatasi a New York, di essere riusciti a preparare l'ormone pancreatico puro. Il progresso realizzato viene considerato come un primo importante passo verso la produzione sintetica dell'insulina.

Contrabbando di saccarina a Bologna.

La questura di Bologna ha scoperto ed arrestato una banda di contrabbandieri di saccarina, la quale aveva emissari, informatori e ricettatori in vari punti d'Italia. La droga veniva incettata a Innsbruck.

Contrabbando di narcotici a New York.

Una clamorosa scoperta di contrabbando è avvenuta per opera del personale della Tesoreria addetto alla dogana di New York. Si tratta di varie tonnellate di narcotici il cui valore si fa salire a parecchi milioni di dollari. Tale merce era arrivata a bordo del transatlantico francese « Rochambeau » ed era stata regolarmente scaricata e passata nei magazzini della dogana.

Per la cura del cancro.

La Società Americana per la lotta contro il cancro ha ricevuto 3529 richieste per il premio di 50.000 dollari (1 milione di lire it.) offerto da William L. Saunders, per un rimedio efficace contro il cancro. Il Comitato per il premio, adunatosi a Washington, ha deliberato che nessuno dei concorrenti ne è meritevole, ma ha riconosciuto che tra le proposte avanzate ve ne sono molte interessanti e che conviene siano conosciute; perciò verrà preparata e pubblicata un'estesa relazione.

Contro l'impiego dei gas asfissianti in guerra.

Il generale medico Sieur, dell'esercito francese, ha presentato un voto all'Accademia di Medicina di Parigi, relativo alla protezione contro i gas di combattimento.

L'Accademia ha nominato una Commissione per prendere in esame la proposta; la relazione è stata redatta dal dott. Delépine. La Commissione rileva che già impegni internazionali vietano lo impiego dei gas di combattimento; ma non si può fare assegnamento sull'osservanza di tale impegno: occorre, dunque, studiare i mezzi più efficaci di difesa, così dei combattenti come dei civili. Prossimamente l'Accademia si pronunzierà sull'organizzazione di tali studî.

Nel nuovo codice penale spagnolo.

In Spagna va ora in vigore un nuovo Codice Penale che interessa la medicina sotto più punti di vista. Segnaliamo un articolo che riconosce il delitto di contaminazione venereo-luetica.

Chi avrà comunicato una malattia venerea, sapendo di essere in periodo contagioso, verrà punito con la prigione da due mesi e un giorno a un anno, nonchè ad un'ammenda, se la vittima conta meno di 16 anni. La contaminazione tra coniugi è perseguita a richiesta della parte contagiata. La contaminazione della nutrice da parte di un bambino sifilitico comporta la prigione dei responsabili e un'ammenda da 2 a 10.000 pesetas; così pure quella del bambino da parte della nutrice.

Medici infortunisti truffatori a Parigi.

Sono stati arrestati a Parigi due medici, dottori Prieur e Ferron, e due infermieri, che truffavano le compagnie d'assicurazione contro gl'infortuni sul lavoro. Il primo di essi è stato messo in libertà provvisoria, dietro cauzione di 100.000 franchi.

Abuso all'assistenza ospedaliera.

In un ospedale di Rochester (Stati Uniti) veniva visitato ambulatoriamente a due riprese e poi ricoverato e operato con esito infausto un certo John C. Agnew: dopo la morte si venne a sapere dalle autorità municipali che egli era un arcimilionario, di modo che i due chirurghi operatori hanno avanzato reclamo agli eredi per gli onorari e la loro richiesta è stata accolta.

Agli amici lettori.

Non potendo ringraziare singolarmente tutti coloro che, nel rinnovare l'abbonamento per il 1929, si sono compiaciuti di rivolgerci gentili espressioni, manifestiamo ad essi, da queste colonne, i sensi della nostra viva riconoscenza.

Particolarmente grata ci è l'affermazione di molti vecchi e nuovi amici, i quali non esitano a dichiarare che ai periodici pseudo-scientifici ed alcuni anche seri, ricevuti in dono, preferiscono un periodico indipendente, il quale, appunto per questo motivo, comporta una spesa d'abbonamento.

Ci riserviamo di pubblicare in un prossimo numero alcuni dei giudizi più significativi.

L'AMMINISTRAZIONE.

È mancato improvvisamente in Voghera, nell'età di 75 anni, il dott. VITTORIO BARATTA.

La sua operosa esistenza fu tutta spesa per il bene dell'umanità e per la famiglia.

Fu medico ospedaliero nelle Sezioni di Medicina e di Chirurgia e nell'Istituto di Maternità, medico della Società Operaia e, per un trentennio, del Convitto Nazionale Umberto I.

Egli fece della sua arte un apostolato e una missione.

La cittadinanza, che lo venerava, gli tributò la più solenne manifestazione di rimpianto.

S.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Paris Méd., 17 nov. — Numero di medicina sociale.

Tohoku Journ. exper. Med., 25 ott. — S. TAKEUCHI. Ormone pancreatico e ricambio minerale. — T. SHIMIDZU. Concentrazione idrogenionica e potere battericida. — T. SUGAWARA. Confronto di epinefrine estratte da varî animali. — C. SATO. Genesi degli edemi.

Journ. Nerv. a Ment. Dis., nov. — S. SHAPIRO. Trattam. degli stati parkinsoniani col metodo Juster. — A. GORDON. L'allucinosi come entità clinica.

Folia Med., 15 nov. — P. CASTELLINO. Sviluppo ontogenetico delle correlazioni glandolari endocrine.

Pediatria, 15 nov. — L. SPOLVERINI. Azione eutrofica degli alimenti irradiati.

Ann. Ottalmol. e Cl. Oc., nov. — LUPPINO. Pressione sanguigna e cataratta. — SCARLITTI. Micosi della congiuntiva palpebrale.

Amer. Journ. Med. Sc., nov. — E. ADDIS. La lesione renale nel morbo di Bright. — N. KOPELOFF e C. O. FIERTZ. Significato clinico del ciclo vitale del parassita malarico. — M. MORRISON e al. Milze accessorie. — A. A. STRAUSS e al. Poliposi gastriche. — L. W. JOHNSON e P. F. DICHENS. Diagnosi differ. dell'ittero « chirurgico » dal « non chirurgico » con metodi di laborat. — L. TUFT. Ipersensibilità all'insulina. — M. C. MYERSON. Neoplasmi benigni dei bronchi.

Med. Klinik, 23 nov. — J. KOEMER. Endometriosi peritoneale diffusa.

Deut. Med. Woch., 23 nov. — H. ZONDEK e KOEHLER. Magrezza cerebro-ipofisaria. — GAGGENHEIMER e FISHER. Azione vasodilatatrice di piccole dosi di iodio e bromo.

Münch. Med. Woch., 23 nov. — BIRK e HAGER. Clinica dell'infiltrazione perifocale (epitubercolare) nell'infanzia. — HAMBURGER. Il medico e l'anima del bambino.

Minerva Med., 24 nov. — G. OSELLADORE. Poliposi intestinale e carcinoma.

Proc. R. Soc. Med., nov. — Casistica.

Soc. d. Hôp., 15 nov. — Casistica.

Lancet, 24 nov. — R. B. WILD. Trattam. del cancro inoperab.

Arch. di Patol. e Cl. Med., nov. — C. CASSANO. Il ricambio intermedio dei grassi con partic. riguardo agli epatopazienti. — A. COSTA. Valvole, pseudovalvole e stenosi congenite piloro-duodenali.

Riv. di Patol. e Cl. d. Tub., 31 ott. — G. DEL LUCA. Crescenza di fanciulli predisposti alla tbc.

Brain, 3. — P. K. McCOWAN. Crisi oculogica in encefalite epid. cronica. — H. MAXWELL LANGDON e W. B. CADWALADER. Oftalmoplegia progressiva esterna cron. — M. CRITCHLEY e F. R. FERGUSSON. Cholesteatomata. — A. KOLODNY. Sintomatologia dei tumori del tobo tempor.

Bull. Ac. Med., 13 nov. — P. DELBET e al. Sali alogeni di magnesio e cancro.

Endocrinology, lug.-ag. — L. HUNT. La tecnica dei trapianti glandol. — A. M. HJORT. Azione degli estratti pituitari sulla diuresi.

Paris Méd., 24 nov. — TANON. L'orientazione dell'igiene moderna.

Presse Méd., 21 nov. — P. DELBET. Sali alogeni di magnesio e cancro.

Journ. Méd. Franç., ott. — Numero di roentgenterapia e curieterapia.

Riforma Med., 19 nov. — C. FRUGONI. Emorragia sottoaracnoidea in uremia. — L. VERNETTI BLINA. Sull'ossido di titanio.

Giorn. di C. Med., 20 nov. — D. CAMPANACCI e V. DE FILIPPIS. Elementi istiocitari circolanti.

Giorn. di Batteriol. e Immunol., nov. — K. L. PESCH. La questione del paratifo. — L. TROSSARELLI. Cura dell'asma bronch.

Arch. Roum. de Path. exper. et de Microbiol., giu. — I. MOLDOVAN. Comparsa di una sostanza desensibilizzante ipotensiva dopo il blocco del sistema r.-e. — Sett., I. NICOLAU e O. ANTINESCU. Titolo della lipasi in diverse forme di tbc. — M. NASTA e M. BLECHMANN. Azione dei raggi U. V. sulla tbc. della cavia.

Arch. Mal. du Coeur, ecc., ott. — J. SABRAZÈS e al. Mielosi globale aplastica con monocitosi.

Journal A. M. A., 17 nov. — W. H. PARK e al. Trattam. della bronchite polm. — J. H. BARACH. La « malattia ipertensiva ». — D. RIESMAN. Le affezioni miocardiche simulanti gastropatie.

Rev. Méd. Suisse Rom., 25 nov. — J. WEJYRASSET e F. ODY. La lombaggine.

Practitioner, dic. — T. J. HORDER. Le malattie funzionali del cuore. — S. HILL. Sul vestiario.

Med. Klinik, 30 nov. —W. BENTHIN. Le emorragie genitali.

Münch. Med. Woch., 30 nov. — MUCH. Energia radiante e lipoidi. — BECKMANN. Sterilizzaz. delle vie biliari.

Lancet, 1 dic. — J. A. RYLE. Le affezioni spasmodiche del colon.

Paris Méd., 1 dic. — Numero sulla terapia.

Riforma Med., 26 nov. — M. LUSENA. Splenomegalie con micosi.

Journal A. M. A., 24 nov. — A. H. ROWE. Allergia alimentare. — R. H. HERBST. Fibrosi del collo vescicale.

Wien. Klin. Woch., 6 dic., — DOUK. Sviluppo e progressi della chirurgia toracica.

Haematologica, I. — Z. LEITNER. Trattam. dell'anemia pernic. con fegato e trasfusione di s. — S. MARRADI. Il sistema ret.-endot. nella difesa contro i metalli pesanti.

Gaz. d. Hôp., 8 dic. — J. DELARNE. Le obesità.

Rev. Españ. de Med. y Cir., dic. — J. M. VILLACIN. Forme non descritte di distrofia muscolare progressiva.

Bull. Ac. de Méd., 27 nov. — P. GLEY e al. Sull'insulina.

Ind. Journ. Med. Res.: Indian Med. Res. Memoirs, ott. — J. A. H. RUSSELL. Epidemiologia del colera in India.

Paris Méd., 15 dic. — Numero di ginecologia.

Bull. Acad. Méd., 4 dic. — A. LUMIÈRE. L'instabilità umorale.

Brit. Med. Journ., 15 dic. — M. MELLANBY e C. LEE PATHSON. La vitamina D nella profilassi della carie.

Deut. Med. Woch., 14 dic. — BIRBAUM. Classificaz. delle psicosi. — FRIEDBERGER e al. Cibi crudi e cotti.

Münch. Med. Woch., 14 dic. — MÜLLER e PETERSEN. Predisposiz. alle malattie e sist. nerv. vegetat. — HOFFMANN e JAHNEL. Le morti da spirocheta di Noguchi nell'Africa.

Journ. A. M. A., 1 dic. — M. MARRIOTT e A. F. HARTMAN. Nuovi aspetti dell'acidosi. — J. B. CARNETT e R. S. BOLES. Errori concernenti l'appendicite cronica.

Boll. Ist. Sierot. Mil., ott. — V. DE ANTONI. Paramelitensi. — E. ETTORRE. Virus filtrabile osteomielitico.

Amer. Med., nov. — Numero sull'alimentazione.

Rev. de Méd., 6. — LAIGNEL-LAVASTINE e al. Il riflesso tono-dinamico.

Ann. de Méd., nov. — Numero sul cancro.

Amer. Journ. Med. Sc., dic. — H. O. MOSENTHAL. Relazione tra zucchero e pressione del sangue. — J. R. CAMPBELL e L. BLUMGART. Trattam. del diabete insipido estratto dal lobo poster. dell'ipofisi per via nasale. — I. I. LEMANN. Tromboangite obliterante. — M. MCINTYRE e R. G. GILMAN. Modificaz. di Kolmer della reaz. di Wassermann.

Le Sang, 6. — A. FIESSINGER e al. Splenomegalia plasmodica. — W. E. COSKE e E. PONDER. Il macropolicito.

Ann. Institut Pasteur, nov. — J. BORDET e E. RENAUX. Batteriofagia. — P. J. MOLONEY e al. Anatossina difterica. — E. SUAREZ W. SCHEFER. Anafilassi serica.

Arch. Méd.-Chir. App. Respir., 4. — G. CAUSSADE e A. TARDIEU. Arterite sifilitica del polmone.

Rev. Neurol., nov. — C. v. ECONOMO. La citoarchitettonica e la cerebrazione progressiva.

Arch. Mal. du Coeur, ecc., nov. — L. BARD. Patogenesi dell'ipertensione arteriosa diatesica detta solitaria. — L. GALLAVARDIN. Blocco senoauricolare ortostatico.

Deut. Med. Woch., 21 dic. — HENKEL. Progressi dell'ostetricia clinica.

Wien Kl. Woch., 20 dic. — LAUDA e FLAUM. Inclusioni degli eritrociti nel morbo di Biermer.

Brit. Med. Journ. 22 dic. — J. R. CHANDERS, S. DAVIDSON. L'anemia perniciosa.

Journ. Nerv. a Ment. Dis., dic. — W. ALLAN. Stato emicranico. — L. B. ALFORD. Epilessia e demenza precoce come tipi di abiotrofia.

Lancet, 22 dic. — E. P. POULTON. Sensazioni viscerali.

Med. Klinik, 21 dic. — W. BAETZNER. I danni dello sport.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

amministrazione rispondano ora i lettori, rinnovando gli abbonamenti, promuovendone di nuovi fra gli amici: *ne verrà un vantaggio a loro stessi, perchè solo con la maggiore diffusione sarà possibile migliorare sempre più veste e contenuto della* Clinica Ostetrica.

LA REDAZIONE.

La Clinica Ostetrica nel Num. 1 (Gennaio 1929) pubblica:

IL VALSALVA

Rivista mensile di Oto-Rino-Laringojatria

diretta da GUGLIELMO BILANCIONI

Direttore della Clinica Oto-Rino-Laringojatrica nella R. Università di Pisa.

Questa rivista, entrata ormai nel quinto anno di vita, si è affermata vittoriosamente, essendo oggi fra noi il più completo, agile e ricco periodico della specialità. Argomenti d'indole pratica e di alto rilievo scientifico si fondono armonicamente, formando una rivista moderna, in cui ha degna sede quanto si produce nelle Cliniche e negli Istituti d'Italia.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 36 — Estero L. 55 — Un numero separato L. 5,00.

Per gli associati al « Policlinico »: Italia L. 30 — Estero L. 45

Ai Lettori,

Con il numero di gennaio s'inizia il quinto anno della Rivista e se il lettore imparziale e, per ormai arcaica definizione, benigno si unisce a noi nel considerare il cammino percorso, dovrebbe trarne qualche elemento di compiacenza per la coltura otorinolaringoiatrica. Infatti in gran parte il programma che avevamo posto all'inizio dell'impresa è stato fedelmente attuato e lo sarà ancor meglio per l'avvenire.

La Rivista, che ha acquistato diritto di cittadinanza fra la stampa mondiale — poichè essa viene letta e i suoi articoli riassunti nei più lontani periodici del genere — manca ancora di alcuni collegamenti spirituali, che per il misoneismo ostinato di pochi non vengono concessi come sarebbe nostro desiderio.

Ma ancor questo sarà esaudito e intanto possiamo con soddisfazione allineare alcune cifre che mostrano la ricchezza di contenuto del **Valsalva**, *il quale è salito a un numero cospicuo di pagine, con ricchezza di figure e di tavole fuori testo. Così vediamo come nel 1928 siano stati pubblicati 63 articoli originali di svariatissimo contenuto, tali da suscitare grande interesse per la documentazione di fatti disparati, che mostrano quanto sia esteso, in profondità e in latitudine, il campo fertilissimo della otorinolaringologia moderna.*

Accanto a questi scritti sono 236 recensioni, tutte riferentisi a lavori della specialità, pubblicati durante il 1927 nelle diverse riviste nostre e nei resoconti delle Accademie italiane. È un corpo di recensioni importante che già riesce utilissimo nella consultazione, in modo da rendere facile e pronto ogni controllo bibliografico sui più diversi argomenti.

Anche la nota storica mensile, che non ha eguale nella stampa periodica, con la sua continuità ideale contribuisce a riaffermare, basandosi su dati severi, il diritto imprescrittibile alle nostre rivendicazioni nel terreno scientifico. Per chi ancora non intendesse tutto il valore di questo ritorno alla tradizione migliore della Scuola Italiana, che è uno dei canoni della dottrina e della prassi fascista e al quale noi abbiamo, con le modeste nostre forze, lavorato da almeno 20 anni, riferiamo — e non si potrebbe esprimere con parole più limpide — il pensiero di Tullo Massarani nel suo libro su Carlo Tenca: *« Se la patria è irrevocabilmente una sede assegnata dalla natura nello spazio, essa è anche un patrimonio acquisito nel tempo: e però non meno del suo suolo vuol essere gelosamente custodito e assiduamente interrogato il volume de' suoi annali ».*

Il **Valsalva** *non è dunque un anodino raduno di lavori, posti l'uno accanto all'altro, come il caso li accomuna; vuole essere un giornale d'idee, non una semplice combinazione di cronaca tecnica; vuole essere una Rivista scritta e scritta bene, tutta viva e originale, animata da una gran fede attiva. Aspira ad essere italiana sino nelle più intime fibre e però ha il culto della sincerità, dell'antiretorica, della esposizione realistica dei fatti.*

In questo ordinamento del periodico, che ha una fisionomia propria e che si rivela subito sfogliando i suoi fascicoli, non dovremo nulla mutare, ma soltanto migliorare, accrescere, diffondere; oppure ovviare a lacune che noi per primi rileviamo. A ciò non basta la volontà degli uomini, ma occorrono anche i mezzi. E a tal proposito non sembri irriverente al lettore di ricordare il prezzo modestissimo di abbonamento: questa rivista costa un terzo meno di quello che dovrebbe, sul mercato attuale.

Ed ora un ringraziamento a quanti collaborano alla nostra fatica, un grazie di cuore.

IL DIRETTORE.

Il Valsalva nel Num. 1 (Gennaio 1929) pubblica:

Discussioni: G. VITALI: Contributo alla storia delle ricerche sul destino del placode epibranchiale del faciale.

Recensioni: Un caso di calcolosi del dotto di Warton. — A proposito di casi di penetrazione operatoria di radici dentali nel seno mascellare. — Contributo ad una migliore conoscenza della sottomucosa delle fosse nasali. — Contributo allo studio delle cisti e fistole mediane del collo — Sulla zona riflessogena naso-faringo-laringea nella genesi della morte improvvisa nell'acqua. — La proteino-terapia aspecifica in odontoiatria. — Pretesi avvelenamenti in stomatologia. — Nuovo metodo di ascoltazione e percussione toracica fonendoscopica tracheale. — Tubercolosi e sistema dentario. — Sulla sifilide di origine extrasessuale e sui sifilomi iniziali extragenitali e in particolare della gengiva. — Effetti della tiroidizzazione materna sulla prole. — Contributo alla etiologia e alla patogenesi della stomatite e dell'angina di Plaut-Vincent. — L'avvelenamento da alcali caustici ed i suoi inevitabili postumi: le stenosi cicatriziali esofagee. — Azioni delle soluzioni gommate sulla tossina ed anatossina difterica. — Glaucoma cranico ed ipoacusia. — Stomatite ulcero-membranosa. — Le complicanze auricolari del morbillo. — Pretesa simbiosi fuso-spirillare e stomatite ulcero-membranosa di Vincent. — I trapianti liberi di cute nella chirurgia della faccia e del collo. — Contributo allo studio della rigenerazione della ghiandola tiroide. — Come si costituiscono le supposte associazioni fuso-spirillari. — Un caso di atresia congenita dell'esofago. — Sulla presenza di accumuli gangliari nel ramo interno del laringeo superiore. — Contributo allo studio semeiologico dei ventricoli cerebrali. — Megaesofago manifestazione tardiva di rachitismo? — Varietà di necrosi e di carie della mandibola. — Sull'estrazione dei corpi estranei dell'esofago. — Sarcomi della tonsilla trattati coi raggi Roentgen (esiti a distanza). — Su di un caso di pseudobotriomicosi della lingua. — Craniorinorrea, pneumoencefalo e pneumoventricolo. — Trapianti ossei nella mandibola.

La nota storica: G. BILANCIONI: Lodovico Vincini, uno dei primi chirurghi della laringe in Italia.

Notizie e questioni.

ANNO XXXVI Roma, 14 gennaio 1929 Num. 2

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO

LAVORI ORIGINALI.

POLICLINICO UMBERTO I
REPARTO MALATTIE INFETTIVE
diretto dal prof. T. PONTANO.

Valore dei moderni mezzi clinici di indagine nella diagnosi precoce delle alterazioni renali postscarlattinose.

Dott. ENRICO BRASIELLO, interno.

In ogni tempo i Clinici, preoccupati della gravità delle complicanze renali nella scarlattina, hanno tentato ogni via per evitarne l'insorgenza. La via più diretta apparve quella di istituire una « terapia preventiva »; il convalescente di scarlattina fu tenuto ad un regime di vitto assolutamente povero di sostanze azotate e di cloruri; furono evitate tutte quelle circostanze che possono essere chiamate cause occasionali per l'insorgenza della nefrite. Il risultato di tali tentativi è in brevi parole sintetizzato dallo Strümpell: « Noi non abbiamo nessun mezzo per impedire la comparsa della nefrite post-scarlattinosa ». Le esperienze di Nobécourt e Mercklen (1) sulla cloruria e albuminuria nei convalescenti di scarlattina a seconda del regime di vitto, ne sono la riprova efficace; gli AA. dimostrano con esperienze comparative che questi due sintomi sono indipendenti dal regime alimentare. Simile esperienza — su gran numero di malati — ho veduto ripetere nel reparto Scarlattinosi del prof. Pontano con identico resultato.

In tali condizioni, non rimarrebbe che attendere la comparsa dei segni dell'avvenuta localizzazione renale. La patologia di queste forme insegna che il più delle volte tra la 15ª e la 40ª giornata dall'inizio della malattia, più particolarmente al 18°-19° giorno, nel pieno benessere il paziente è colto da febbre elevata che cede dopo 36-48 ore per crisi, seguita immediatamente dalla diminuzione della quantità totale delle urine, e dalla comparsa in esse di sangue, cilindri e albumina, in quantità variabilissima (da tracce a 10-12 ‰). Ma la elevazione termica può mancare molto piu spesso di quanto si creda (io stesso, nel corso delle mie esperienze, ne ho constatato la mancanza in 21 casi su 46). È quindi invalsa la pratica di esaminare quotidianamente le urine, nei riguardi della quantità totale, dell'albumina e dei sedimento urinario per cogliere il primo manifestarsi della presenza di elementi patologici. Ma in troppi casi questi segni ricercati compaiono improvvisamente ed in modo imponente.

In tale stato di disagio per il clinico, nel reparto scarlattinosi per consiglio del prof. Pontano ho voluto saggiare i metodi più fini di ricerca della funzione renale per vedere se era possibile prevedere con anticipo la lesione renale, senza attendere le gravi e talora pericolose manifestazioni cliniche.

Giova in primo luogo ricordare di quale natura sia la alterazione renale post-scarlattinosa. È

(1) Ved. Bulletin de la Soc. de Péd. de Paris, 17 nov. 1907, e Arch. de Méd. des Enfants, febbraio 1908.

ormai fatto acquisito che non è da confondere la nefrosi o la lesione tubuloglomerulare che suole accompagnare la fase acuta della scarlattina, con quell'altro complesso sintomatologico che interviene in tempo più avanzato, a convalescenza iniziata e — talora — molto inoltrata. La prima è una forma spiccatamente nefrosica, una flogosi del tubulo, senza manifestazioni notevoli a carico dell'organo, senza o con scarse alterazioni del glomerulo. Tali fenomeni, riscontrabili all'autopsia dei morti di scarlattina nell'acme della malattia, scompaiono poi rapidamente con la defervescenza. L'alterazione più grave, invece, quella che insorge subdolamente durante la convalescenza, *è una forma nettamente se non esclusivamente glomerulare.* Nel rene da scarlattina si riscontra in primo luogo aumento notevole di volume, colorito giallastro con macchie violacee, consistenza molle. La corticale è ispessita, e presenta piccoli punti ecchimotici; le piramidi sono pallide. Al microscopio si nota cospicuo aumento di volume del glomerulo, con proliferazione dell'endotelio capsulare; le cavità di Bowmann piene di essudato fibrinoso contenente elementi cellulari; tessuto interstiziale ispessito, in alcuni punti infiltrato di leucociti. In altri termini, una « glomerulonefrite a focolaio ».

Sappiamo quali siano spesso le complicazioni di tale forma morbosa: l'idrope da intossicazione clorurica, come dimostrano le teorie — generalmente accettate — di Achard e Loeper e di Ambard; e i fenomeni di intossicazione uremica, distinti dal Volhard in azotemici (« uremia vera » da ritenzione azotata) ed eclamptici o pseudouremici (edema cerebrale da ritenzione di sostanze tossiche imprecisate di cui l'azoto rappresenta una piccola parte).

Questo insieme di dati dimostra chiaramente come il fatto predominante sia la ritenzione dei principî « «urea » e « cloruro di sodio », dovuta alla profonda alterazione del glomerulo. E poichè è difficile ammettere che stato anatomico e sindrome clinica avvengano contemporaneamente (salvo nelle rare eccezioni di forme a decorso rapidissimo), sembra verosimile — almeno teoricamente — che il primo sintoma apprezzabile dell'avvenuta alterazione renale possa essere appunto la alterata eliminazione dei principî tossici.

Per indagare la funzionalità renale negli scarlattinosi, in maniera da poter avere netta un'idea dello stato del filtro renale, ci si può valere di due gruppi di ricerche:

1) *mezzi di indagine diretta*, esploranti il rene direttamente nella sua funzione secretoria; tra essi:

a) *esame delle urine* nei riguardi: della quantità totale delle 24 ore, specie in rapporto con i liquidi ingeriti; dell'albumina; dell'urea, in rapporto con la quantità di azoto introdotto; del cloruro di sodio in simile rapporto; del sedimento nei riguardi di sangue di sicura origine renale, cilindri, ecc.;

b) *prove di eliminazione sperimentale* dell'acqua, dell'urea, del cloruro di sodio, di sostanze coloranti;

2) *mezzi di indagine indiretta*, i quali — per nulla toccando il rene — ne studiano la funzione attraverso quel mezzo che è il primo (per quanto finora sappiamo) a risentire la lesione renale: il sangue, in cui si accumulano tutti i prodotti tossici non eliminati dai reni; quindi tra questi mezzi:

a) *azotemia*, oscillante, nel normale tra 0,20 e 0,50 ‰;

b) *cloruremia*, aggirantesi intorno a 4,50 ‰;

c) *pressione arteriosa massima*, che — pur non potendosi considerare segno patognomonico essenziale di tali manifestazioni tossiche — ha pure un considerevole valore nelle ritenzioni in genere, come ebbe a confermare il Doria recentemente nei malati del nostro reparto;

d) *costante ureosecretoria* di Ambard.

Diciamo subito che al nostro scopo solo una parte di tali mezzi di indagine può esser presa in considerazione. A prescindere da quanto la pratica dimostrerà in proseguo, lo stato delle conoscenze ci addita alcuni mezzi più che altri; e ci ammonisce come le prove di eliminazione non possano esserci di alcun giovamento, non potendosi — senza danno grave per quel rene che noi tentiamo di salvare — usare con la frequenza che sarebbe necessaria, poichè si tratta proprio di saggiare la funzionalità renale con quei principî tossici che il filtro renale pericolante non sa eliminare; e ci dice che l'esame delle urine può darci solo cifre assai vaghe, perchè — per quanto noi possiamo tenere l'esatto conto dell'azoto, del cloruro di sodio, dell'acqua che somministriamo al paziente, una sudorazione abbondante, un'improvvisa diarrea, un vomito, possono rendere vano ogni nostro calcolo riguardo alle sostanze tossiche, senza contare quanto già si disse sopra nei riguardi dell'albumina e del reperto microscopico. A parte il fatto che a noi servono dei mezzi di indagine i quali, pur permettendo di poter avere con sufficiente esattezza un'idea dello stato di integrità o meno dei reni, offrano il vantaggio della semplicità, della facile applicazione, del minimo disturbo per il malato.

Partendo da tale concetto, ho praticato nei malati di scarlattina ricoverati nel reparto per malattie infettive del Policlinico, nell'anno 1926 e parte del 1927, le ricerche seguenti:

1) allo scarlattinoso appena entrato nell'Ospedale si prelevava una piccola quantità di sangue (cmc. 5-10) per saggiare il tasso azotemico e cloruremico, e si misurava la pressione arteriosa massima; contemporaneamente si eseguiva l'esame delle urine chimico e microscopico;

2) l'esame delle urine si ripeteva quotidiana-

mente per tutta la permanenza del malato nell'Ospedale;

3) le ricerche indirette venivano ripetute ogni 4-6 giorni, nei casi in cui non si verificassero oscillazioni notevoli delle cifre ottenute con le prime due o tre indagini; quando tali oscillazioni, anche minime, si verificavano, le ricerche venivano intensificate, fino ad eseguirle — ove si rendeva necessario — ogni giorno, e, in taluni casi, più volte al giorno.

Le azotemie vennero eseguite preferibilmente sul sangue totale, reso incoagulabile per mezzo di una traccia di fluoruro di sodio, e fatto reagire nell'ureometro di Ambard con una soluzione di Ipobromito di sodio così preparata:

Soluzione di idrato sodico al 31 % cmc. 35; Bromo puro cmc. 2,1/2; Acqua distillata cmc. 90.

Per la cloruremia, pure su sangue in toto, fu usata una soluzione di Nitrato di argento esattamente titolata al 2,9075 ‰, tale, cioè, da rivelare, per ogni cmc., un milligrammo di cloruro di sodio.

La pressione arteriosa massima fu misurata con lo sfigmomanometro del Riva Rocci, la minima con lo stesso apparecchio e col metodo ascoltatorio.

Per le considerazioni che sopra ho accennate, praticai in numero limitatissimo le prove di eliminazione dell'acqua, urea e cloruro di sodio, con la tecnica usuale; mai quelle dei colori, che hanno un interesse puramente chirurgico, e di cui si può ben determinare il risultato solo mediante la cistoscopia. Per la medesima ragione non ho calcolata che in rari casi la costante di Ambard.

I pazienti ricoverati durante il detto periodo furono assai numerosi (circa 500); e su tutti essi, senza far distinzione di età o di gravità di malattia, iniziai le mie ricerche. Dal numero totale ho però dovuto escludere una gran parte, e cioè:

a) tutti coloro in cui le ricerche furono interrotte a causa della morte, avvenuta durante la fase acuta della malattia o in conseguenza di essa, prima che il segno di una alterazione renale potesse lontanamente rivelarsi;

b) tutti coloro che, in seconda o terza giornata di convalescenza, furono dimessi dall'Ospedale contro il parere dei Sanitari dirigenti, poichè tali casi rientrerebbero, in certo qual modo, nella categoria di cui sopra;

c) i malati che furono portati in Ospedale, con una complicazione — per lo più renale — della scarlattina curata a casa (e furono molti);

d) i bambini di assai tenera età e tutti coloro in cui — appunto per l'età o per qualsiasi altra ragione — non si poterono eseguire che incompletamente le ricerche.

È chiaro come abbia dovuto escludere dal computo generale tutti questi casi, da cui non era possibile trarre — con la doverosa serena imparzialità — alcuna conclusione; per cui mi sono limitato a quei soli che ho potuti interamente seguire: *in tutto* 123 *casi.*

Quali i risultati ottenuti? Lo spazio mi impedisce di poter riportare qui per intero tutti i 123 casi considerati, o almeno quelli in cui effettivamente insorse la complicazione renale. Per rendere esattamente l'idea del modo in cui le ricerche si sono svolte, e dell'interpretazione delle cifre ottenute, riporto riassuntivamente alcuni dei casi più chiari, più evidenti, più dimostrativi, in cui l'alterazione renale è comparsa, raffrontandoli — a scopo di controllo — con alcuni in cui la convalescenza decorse normale.

CASO I. — Ott. Gina, anni 14.

Ricovera in Ospedale il 15 aprile 1926, in seconda giornata di malattia. Scarlattina tipica di media gravità, decorso normale, convalescenza pronta.

Indagini eseguite:

Giorno	URINE					SANGUE			Osservazioni cliniche
	Quant	Urea	Na Cl	Alb.	Sedimento	Urea	Na Cl	PMx	
6/4	700	10.10	5	0	Negativo	0.35	4.50	112	Cifre medie nel sangue:
8	700	10.10	5	0	»	—	—	—	
10	850	9.37	4	0	»	0.25	4.60	112	Urea ; 0,25
12	700	10.63	5.55	0	»	—	—	—	Na Cl: 4,60
14	700	8.08	6.05	1/2	»	0.22	4.65	112	PMx : 112
16	950	10.10	4.30	tr.	»	0.28	4.75	115	—
18	850	12.12	5.25	tr.	»	—	—	—	—
20	800	12.49	6.90	0	»	*0.38*	4.50	110	—
22	750	13.37	9	0	»	—	—	—	—
24	900	9.41	9.20	0	»	0.41	4.60	112	—
26	850	11.23	15	0	»	—	—	—	—
28	800	10.63	8.05	1/2	»	*0.60*	*5.10*	*120*	Nulla clinicamente.
30	750	10.63	9.55	1/4	»	—	—	—	—
2/V	800	10.10	9	tr.	»	0.32	5.25	120	Nulla.
4	800	11.27	10	tr.	»	—	—	—	—
6	900	9.37	9.55	0	»	—	—	—	—
8	850	12.39	7.65	0	»	0.28	5.35	125	Vitto nefritico.
10	900	7.66	5.50	0	»	—	—	—	—
12	950	6.33	4	0	»	*0.75*	5.75	130	Nulla. Vitto c. s.
14	900	7.61	4.40	0	»	—	—	—	—
16	1000	7.98	5.65	0	»	0.63	5.47	130	Nulla. Vitto c. s.
18	900	8.93	7.65	tr.	»	—	—	—	—
20	850	13.67	9.90	0	»	0.50	5.50	120	—
22	800	18.76	11 —	0	»	—	—	—	—
24	1000	13.21	9.85	0	»	—	—	—	—
26	950	12.67	9.50	0	»	0.40	5.35	115	Persiste completamente.

La paziente venne dimessa il 29 maggio in condizioni apparentemente buone.

CASO II. — Ott. Olga, anni 10, sorella della precedente.

Si presenta in Ospedale il 24 aprile 1926, in terza giornata di malattia. Scalattina di media intensità, tipica nel decorso e nelle manifestazioni generali; convalescenza rapida.

Indagini eseguite:

Giorno	URINE Quant.	Urea	Na Cl	Alb.	Sedimento	SANGUE Urea	Na Cl	PMx	Osservazioni cliniche
25/IV	650	10.10	8	0	egativo	0.27	4.45	112	—
27	700	9.72	7.60	0	»	0.33	4.50	112	—
29	750	8.83	7.10	0	»	—	—	—	—
1/V	700	9.89	7	0	»	*0.55*	4.50	112	—
3	700	10.04	6.95	0	»	0.55	*4.90*	*115*	Nulla.
5	750	9.93	6.75	0	»	0.62	4.95	120	—
7	700	11.03	9.65	*1.5*	*Ematico*	0.95	5.50	130	Cond. buone.
9	300	26.33	7.50	12	Emazie cilindri	1.11	7.25	180	Edemi lievi.
11	—	—	—	—	—	0.75	8.25	155	Anuria, eclampsia, cond. gravi.
12	200	27.12	2.25	6	c. s.	0.75	8.10	155	Cess. eclampsia, oliguria, stato grave; acqua zuccherata.
14	300	39	5.50	1.5	Migliora	0.55	6.25	137	Migliora.
16	400	14.77	15.65	tr.	Emazie scarse	0.20	5.10	144	Vitto nefritico, cond. discrete.
18	700	5.55	2.30	tr.	»	—	—	—	—
20	600	2.27	7	tr.	»	—	—	—	Cond. buone.
22	600	5.05	12	tr.	egativo	0.22	4.25	120	—

Il giorno 10 maggio, fu praticata la prova di eliminazione dell'acqua, con esito completamente negativo (l'acqua somministrata non fu eliminata che in minima parte); il giorno seguente anuria.

La paziente fu dimessa il 20 giugno, apparentemente guarita.

CASO III. — Petr. Santa, anni 4.

Viene accolta in Ospedale il 19 agosto 1926, in nona giornata dall'inizio della scarlattina. La malattia fu in forma assai grave, e in convalescenza complicò rapidamente con glomerulonefrite emorragica acuta (la quale, come mostra il quadro, diede luogo ad una imponente intossicazione a tipo azotemico) e otite media purulenta.

La ritenzione dei principî tossici, e specialmente dello azoto, si manifestò rapidissimamente e in modo imponente, tanto che fa stupore che una bambina di soli quattro anni, e già defedata da una scarlattina assai grave trascorsa, abbia potuto resistere ad una ritenzione tanto cospicua.

Nonostante, però, la rapidità con cui si mani-

Indagini eseguite:

Giorno	URINE Quant.	Urea	Na Cl	Alb.	Sedimento	SANGUE Urea	Na Cl	PMx	Osservazioni cliniche
19/8	700	8.08	5	0	egativo	0.33	4. 5	105	
20	800	7.91	4.50	0	»	—	—	—	
21	750	8.08	4.90	0	»	*0.50*	*4.97*	*115*	Clinic. nulla.
22	800	7.96	4.90	0	»	—	—	—	—
23	700	8.33	3	0	»	0.93	5.50	135	Sempre nulla
24	700	7.96	3	tr.	»	1.52	5.75	138	Vitto: acqua zuccherata.
25	650	7.89	3.15	tr.	»	—	—	—	Febbre elevata.
26	500	2.69	2.35	0	Emazie cilindri	2	5.95	140	Edemi lievi, prostrazione.
27	300	1.01	2.35	tr.	»	2.77	5.97	140	Stato grave.
28	200	0.47	1.25	0	»	3.33	6.12	140	Cefalea, stato stuporoso.
29	150	0.33	1.55	4	Ematuria cospicua	5.77 6.77	6.45 6.50	145 145	(Mattina). (Sera). Stato gravissimo, stupor.
30	100	0.96	3	6	Ematico	5.23	6.50	145	—
31	300	2.02	3	4	»	3.33	6.50	145	Lievemente migliora.
1/IX	400	5.55	3	4	»	2.76	5.75	128	—
2	450	20.20	5	2	Migliora	2.02	5.30	125	Migliora sensibilmente.
3	600	18.16	9	$^3/_4$	Ematuria diminuita	1.26	5.10	120	Vitto nefritico.

festò l'alterazione del rene, fu possibile scorgerne, attraverso le indagini sul sangue (le quali — dirò incidentalmente — furono controllate più volte e su diversi apparecchi, quando si manifestarono le cifre più elevate), l'avanzarsi con cinque giorni di precedenza sulle altre indagini.

La paziente uscì dall'Ospedale non guarita, per volontà dei parenti.

CASO IV. — Tam. Irma, anni 10.

Entra sotto la nostra osservazione il 12 luglio 1926, in terza giornata di malattia. Scarlattina tipica, a decorso non grave.

Riprende mano a mano il vitto normale, mentre le cifre dell'azoto e del cloruro di sodio tornano alla giusta misura. Il 20 agosto viene dimessa in ottime condizioni.

Le indagini sulle urine dimostrano appena lievissimamente il prepararsi di una lesione renale (di cui non possiamo predire l'intensità), mentre le indagini ematologiche dimostrandocela imme-

diatamente ci hanno permesso di usare tutti quei mezzi che la terapia ci insegna per combattere tali manifestazioni.

Indagini eseguite:

Giorno	URINE					SANGUE			Osservazioni cliniche
	Quant.	Urea	Na Cl	Alb.	Sedimento	Urea	Na Cl	PMx	
13/7	900	8.08	6.40	0	Negativo	0.21	4.75	120	
14	800	9.03	6.95	0	»	—	—	—	
15	850	8.53	6.30	0	»	—	—	—	
16	850	8.57	6.30	0	»	—	—	—	Vitto pro die 2 minestre, 2 uova, latte 500.
17	900	8.08	5.95	0	»	0.22	4.70	118	
18	800	9.11	7.05	0	»	—	—	—	
19	800	9.03	7	0	»	—	—	—	
20	850	10.10	7.95	0	»	—	—	—	Vitto totale; si alza.
21	800	10.10	8	0	»	—	—	—	—
22	900	9.97	8.35	0	»	—	—	—	—
23	850	10.47	8.90	0	»	*0.44*	4.35	110	
24	700	9.68	8.15	0	»	—	—	—	Vitto bianco aclorurato.
25	900	8.98	7.75	0	»	—	—	—	
26	850	8.48	7.15	0	»	—	—	—	—
27	800	8.98	7.65	0	»	*0.47*	*4.85*	*125*	
28	900	8.66	7.25	0	»	—	—	—	A letto.
29	800	6.47	4.40	0	»	0.50	4.90	128	
30	1000	5.55	4	0	»	—	—	—	Dieta lattea (1500 p. die).
31	900	5.73	4.15	0	»	—	—	—	—
1/8	1000	4.77	7.65	0	»	0.47	4.87	125	—
2	950	4.77	8.35	*tr.*	*Emazie cilindri rariss.*	—	—	—	—
3	1100	4.31	7.75	tr.	»	—	—	—	—
4	1000	4.33	8.05	0	Negativo	0.37	4.80	120	Dieta lattea più 2 uova.
5	1000	5.55	9.75	0	»	—	—	—	—
6	1100	4.79	8.75	0	»	—	—	—	—
7	1000	4.44	9.75	0	»	—	—	—	—
8	1100	3.99	8.95	0	»	0.33	4.70	115	Vitto bianco, si alza.

CASO V. — D. Mest. Dina, anni 5.

Entra in Ospedale il 5 gennaio 1927, in terza giornata di malattia. Scarlattina tipica, di media gravità; convalescenza rapida, senza complicazioni.

I risultati delle indagini eseguite continuano regolarmente col medesimo ritmo fino a che la paziente, il 10 febbraio 1927, viene dimessa dall'Ospedale in ottime condizioni.

Un raffronto tra i valori qui sopra esposti, e le cifre corrispondenti ottenute nei casi trattati prima, può agevolmente mostrare la diversità di

Indagini eseguite:

Giorno	URINE					SANGUE			Osservazioni cliniche
	Quant.	Urea	Na Cl	Alb.	Sedimento	Urea	Na Cl	PMx	
5/1	800	9.03	7.15	tr.	Emazie rare	0.30	4.40	100	
6	900	8.48	7	tr.	»	—	—	—	
7	900	8.33	7.05	tr.	»	—	—	—	Pro die: 2 minestre, 2 uova, 500 latte.
8	800	8.96	7.60	tr.	»	—	—	—	
9	800	8.88	7.55	tr.	Emazie rarissime	—	—	—	
10	850	8.48	7.10	tr.	»	—	—	—	
11	800	9.03	7.75	tr.	»	—	—	—	
12	850	8.56	7.50	tr.	»	0.29	4.40	100	Apiressia.
13	900	8.08	7	tr.	Negativo	—	—	—	
14	800	9.02	8	tr.	»	—	—	—	
15	800	9.03	8.10	0	»	—	—	—	Vitto compl.
16	800	12.63	11	0	»	—	—	—	—
17	850	12.39	10.50	0	»	—	—	—	Si alza.
18	750	13.22	12	0	»	—	—	—	—
19	800	13.05	11	0	»	0.22	4.30	90	—
20	800	13.05	11	0	»	—	—	—	—
21	900	12.38	10	0	»	—	—	—	—
22	800	13.13	11	0	»	—	—	—	—
23	800	13.13	11	0	»	—	—	—	—
24	800	13.38	11.10	0	»	—	—	—	—
25	850	12.87	10.50	0	»	0.18	4.30	90	—

comportamento delle cifre azotemiche e cloruremiche nei soggetti in cui il rene va alterandosi, rispetto ai casi in cui il rene rimane integro.

Riassumendo, i 123 casi dai quali ho potuto trarre le conclusioni vanno così divisi:

a) casi in cui la lesione renale si è verificata: 46;

b) casi in cui la lesione renale non si è avuta: 77.

Lasciando da parte i 77 casi decorsi senza la complicazione renale, riassumo in brevi parole i risultati ottenuti sui rimanenti 46 malati. Essi così si possono dividere:

1) casi in cui, per mezzo delle ricerche ematologiche, si è potuto stabilire l'iniziarsi di una lesione renale, prima che nelle urine o nello stato generale del malato se ne manifestasse il più piccolo segno sospetto: n. *quarantatre;*

2) casi negativi: n. *tre.*

La precocità di diagnosi va da un minimo di 4-5 giorni fino ad un massimo di 15-20 ed anche 25 giorni (nelle forme che si manifestano, per

lo più con sintomi lievi, in convalescenza assai inoltrata).

In otto dei casi studiati l'alterazione decorse nel modo che si vede all'osservazione 1, sotto forma — cioè — di una semplice « ritenzione » (talora cospicua) dei principî tossici, senza manifestazioni urinarie.

Su dodici dei casi precocemente diagnosticati (v. per l'esempio l'osserv. IV) furono prese fin dal primo allarme severissime misure curative di ordine dietetico, con i risultati seguenti:

1) forme abortite due;
2) forme attenuate otto;
3) esiti negativi due.

Dai risultati ottenuti e sopra esposti appaiono evidenti tre ordini di fatti:

1) nella gran maggioranza dei casi (possiamo dire il 90 %) la alterazione renale da scarlattina può essere diagnosticata 10-12 giorni (in media) prima che l'esame delle urine e le condizioni del paziente la rendano manifesta; e a questa diagnosi si addiviene ricercando nel sangue il tasso di quelle sostanze che per prime vengono ritenute dal rene alterato;

2) in alcuni casi (otto su quarantasei) la lesione renale si manifesta unicamente sotto forma di ritenzione più o meno notevole dei principî tossici, non dimostrabile all'esame delle urine; contro tali forme (citate dagli Autori come « uremie analbuminuriche », « edemi analbuminurici ») si impone una maggior sorveglianza del rene che potrebbe essere leso;

3) il primo indice di una alterata funzione renale è dato dal simultaneo elevarsi dei valori dell'azoto, del NaCl e della PMx (la quale segue le oscillazioni del tasso clorurico, secondo mi hanno dimostrato tutti i casi seguiti). Solo quando la lesione sia divenuta di una certa entità, se ne hanno i segni manifesti nelle urine e nello stato generale del paziente.

L'asserire che la nefrite da scarlattina può essere con sicurezza precocemente diagnosticata, risulta in modo evidente dalle nostre ricerche. I benefizi che tale diagnosi precoce può portare al malato, sia sul momento che in avvenire, sono essi pure evidenti.

I mezzi con cui vi si addiviene — riassunti nel tripodo « azotemia, cloruremia, pressione arteriosa » — devono entrare nel dominio comune dell'osservazione del malato.

Essi dovrebbero però uscire dai confini della sala Ospitaliera, ed essere portati, dal medico pratico, nella casa dei malati non spedalizzati; data la loro elementare semplicità, ciò non dovrebbe essere difficile.

Vincere la diffidenza del malato e della sua famiglia (il più arduo ostacolo al medico!) con un risultato brillante, di fronte al quale si erge la minaccia di una grave infermità che può lasciare conseguenze non meno gravi per tutta la vita: ecco quanto è necessario. E l'esperienza conferma che tale risultato si può ottenere.

BIBLIOGRAFIA.

VOLHARD. *Malattie dei reni*, (del Trattato di Pat. Med. di MOHR e STAEHELIN).
CHAUFFARD e LAEDERICH. *Malattie dei reni* (del Trattato di Med. e Ter. di BROUARDEL).
BARLOCCO. *Clinica delle malattie dei reni*.
BRAULT. *Maladies des reins*. Vol. XIII del « Traité de Path. Méd. » di SERGENT.
CESARIS DEMEL. *Anatomia patologica dell'apparato uropoietico* (del Trattato di Anat. Patol. di FOÀ).

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DELLA MISERICORDIA e DOLCE - PRATO.
REPARTO CHIRURGICO.
Chirurgo primario: Dott. TORQUATO NANNICINI.

Contributo clinico alla conoscenza delle appendiciti infantili.

Dott. AURELIO DAMI, aiuto chirurgo.

Se la patologia dell'addome nell'adulto rappresenta uno dei più ardui problemi pel medico pratico e per il clinico che molte volte anche a traverso i più sottili accorgimenti semeiologici e le più accurate ricerche non può giungere ad una precisa diagnosi, o pel chirurgo che talora pure aiutato dalla biopsia trova notevolissime difficoltà alla soluzione del quesito proposto, le sindromi addominali infantili rivestono aspetto di ben maggiore complessità sia per la delicatezza ed incostanza dei rilievi soggettivi ed obbiettivi, sia per la impossibilità di praticare specie nella prima infanzia tutti gli esami che sono fattibili nell'adulto, sia ancora per la rarità con cui si presentano alla nostra osservazione forme morbose che sono proprie della maggiore età.

Tra queste una delle affezioni meno frequenti nei primi anni di vita è certamente l'appendicite acuta che predilige (come è noto) il periodo della adolescenza o della media giovinezza: e poichè tale malattia assume tanto maggiore gravità quanto più è tenera l'età del paziente, è necessario poter arrivare ad una rapida e sicura diagnosi, che permetta a mezzo di una precisa indicazione terapeutica, di tentare di migliorare la prognosi generalmente infausta per simili forme.

Perciò riferisco un caso di appendicite infantile doppiamente interessante sia per la complessa sindrome presentata, sia per la anomalia anatomica riscontrata all'atto chirurgico, anomalia che aveva fatto deviare dalla giusta valutazione dei fatti clinici.

C. G., di a. 3, da Prato, nato a termine con parto fisiologico, ebbe allattamento materno, dentizione e deambulazione normale, nessuna malattia importante fino a 15 giorni prima dell'attuale. In tale periodo il piccolo dopo alcuni giorni di corizza acuta, fu colpito da violento dolore all'orecchio sinistro, e presentò discreto rialzo termico: dal condotto uditivo esterno dopo tre giorni di cure empiriche praticate dai familiari, fuoriuscirono alcune goccie di pus ed il piccolo parve migliorare mentre la febbre cedeva spontaneamente: ma a distanza di sei giorni da questo episodio, il bambino accusò violenti dolori addominali dapprima diffusi a tutto il ventre e di poi localizzati nettamente alla metà sinistra inferiore dell'addome. Ebbe conati di vomito, temperatura alta, e la madre del piccolo credendo trattarsi di imbarazzo intestinale gli somministrò purghe e clisteri che non ebbero effetto, ma anzi il p. andò aggravandosi tanto, che un sanitario consultato pensò trattarsi di una occlusione intestinale e con tale diagnosi fu inviato di urgenza in Ospedale il 5 gennaio corrente anno.

Al suo ingresso il piccolo presentò condizioni generali gravissime: polso piccolo frequentissimo, temp. 39,3, addome notevolmente tumefatto e dolorosissimo specie in basso a sinistra, vomito fecaloide: fu deciso un immediato intervento operatorio, avendo confermata la diagnosi di occlusione intestinale.

Opera il dott. Nannicini. Eteron: laparotomia mediana soprasottoombelicale: all'apertura del peritoneo fuoriesce dal cavo una notevole quantità di liquido siero purulento con fiocchi di fibrina, mentre che le anse del tenue enormemente tese si esteriorizzano spontaneamente, presentando evidenti segni di flogosi sierosa. Andando alla ricerca della causa occludente notiamo che il cieco era situato col colon ascendente a sinistra della linea mediana ed aderente colla sua faccia posteriore alla metà sinistra dei corpi vertebrali lombari: portandosi poi in alto sempre a sinistra descriveva un U a branche molto ravvicinate (colon trasverso) per poi assumere la posizione normale del discendente. Il peritoneo nel tratto cieco ascendente ricopriva il viscere regolarmente senza formazione di meso. L'ultimo tratto dell'ileo prima di imboccare nel cieco era diretto dall'avanti all'indietro in modo da formare un angolo aperto in alto ed appena a sinistra della linea mediana sul piano sagittale. L'appendice vermiforme lunga 12 centimetri che partiva dalla faccia postero-sinistra del cieco girava poi sul davanti di questi e dell'ileo al suo imbocco e si portava trasversalmente verso destra incrociando in questo suo decorso alcune anse del tenue che ne venivano compresse, per fissarsi colla sua punta al peritoneo della fossa iliaca destra sulla linea innominata passando a cavallo del mesentere. L'apice del verme era fisso in una piccola cavità ascessuale raccolta nel groviglio di alcune anse del tenue collegate tra di loro da essudati fibrino purulenti in via di organizzazione. Si asporta l'appendice, si fa la toilette del peritoneo con abbondanti lavaggi con etere, sutura a piani, lasciando un grosso drenaggio alla Mikulicz imbevuto di argento colloidale. Il piccolo defunse con sindrome peritonitica alcune ore dopo.

Valutando per ora il solo quadro addominale e tralasciando di considerare la origine della malattia, resulta chiaramente che il piccolo C... aveva presentato come primo fatto morboso una appendicite acuta: di poi il verme perforato sulla punta si era fissato a destra nel groviglio delle anse del tenue formando una lunga briglia strozzante anse e mesenterio, mentre la partecipazione della sierosa al fatto flogistico, completava il quadro occlusivo colla cornice peritonitica. Ma il quadro clinico complesso e la difficoltà della diagnosi precisa e completa trovano la loro ragione nella anomalia anatomica riscontrata all'atto operativo. Non sono rare le alterazioni di sede e di forma delle varie porzioni del tubo intestinale, ed i trattati ne elencano varietà numerose; ma effettivamente alle meno frequenti appartiene il tipo da noi rilevato nel nostro Ospedale e che è l'unico su 243 appendiciti operate dal 1920 in poi. Altro caso perfettamente identico dal lato anatomico fu da me riscontrato in una dissezione anatomica durante il mio internato nell'Istituto di anatomia della Università di Firenze e che fu illustrato in una conferenza agli studenti per consiglio e sotto la guida dell'illustre maestro prof. Chiarugi. L'embriologia ci dà la spiegazione dell'anomalia, con un arresto di sviluppo della porzione distale del tubo intestinale in quel momento della vita intrauterina in cui partendo da un piano sagittale mediano, l'ansa digerente primitiva deve assumere posizione più confacente al suo aumento in lunghezza; per cui dopo la rotazione dello stomaco dal piano sagittale verso destra l'intestino cieco e la parte iniziale del crasso trascinati nel loro cammino dall'ileo discendono nella fossa iliaca destra ove avviene la saldatura del loro mesentere al peritoneo della parete posteriore dell'addome. Questo movimento di sviluppo e questo cambiamento di sede dell'intestino grosso si inizia tra il 3° ed il 5° mese di vita intrauterina per essere completo nei primissimi tempi della vita extrauterina. Nel C. la permanenza di una disposizione embrionaria aveva diviso, si può dire, il cavo addominale in due metà distinte: nella destra era accolta tutta la massa del tenue, nella sinistra l'intestino crasso colla situazione già descritta. Ed è per questo che l'inizio dei fatti dolorifici a sinistra, costituiva elemento tale da indurre in errore il medico che più facilmente poteva indirizzarsi verso altre ipotesi diagnostiche. Tra queste un invaginamento del colon discendente, sospetto di poi scartato per la mancanza delle deiezioni sanguigne e del caratteristico budino intestinale dato dai varii cilindri introflessi; la colica renoureterale sini-

stra da calcolosi non infrequente nella infanzia e seguita da fenomeni di pseudoocclusione; cadeva facilmente di fronte alla negatività dei reperti urinari. Per quanto rara la diverticolite, ricorda assai da vicino la appendicite, e da questa si differenzia in un secondo tempo; cioè quando in un periodo di raffreddamento i sintomi clinici e l'esame radiografico danno la certezza di lesioni del verme. Da tener presenti per errori non infrequenti che hanno avuto dolorose conseguenze, che le polmoniti infantili possono esordire con una sintomatologia prettamente addominale che persiste per molti giorni, tanto che si citano casi per cui furono praticati interventi operatori alla ricerca di appendiciti acute, là dove al tavolo operatorio prima, ed a quello necroscopico poi, furono dimostrate una appendice perfettamente sana ed una polmonite svoltasi nel silenzio quasi completo dei segni toracici. Ma in simili casi se anche ad un attento esame possono non resultare i segni fisici di una affezione dell'apparato respiratorio, pure non deve sfuggire che il quadro clinico non appare così grave come nelle vere flogosi dell'addome, ed il polso ed il respiro e sopratutto la facies, sconcordano colla possibilità di un risentimento della sierosa da appendicite, anche perchè se ricerchiamo sistematicamente e pazientemente il sintoma dolore nella supposta sede appendicolare, vediamo che questo non aumenta alla graduale pressione profonda della parete addominale e che non vi è una decisa resistenza della parete come invece avviene nelle vere appendiciti. Certo è che se il dolore si manifesta nella metà sinistra dell'addome il quadro si fa più complesso, pur sapendo che il dolore appendicolare può essere controlaterale in diverse contingenze. Anche senza arrivare al rarissimo caso del *situs inversum* l'attacco dolorifico si inizia a sinistra della linea mediana dell'addome per simpatia riflessa a disposizione segmentaria tra visceri e cute (Head): ma a poco per volta il dolore si va portando tutto a destra ove dalle ricerche di Bobbio resulta nel 100 % dei casi, la sede del dolore nel punto di Mc Burney ad impianto normale dell'appendice. Ma si deve parlare di appendicite sinistra vera solo nel caso di anomalie nella disposizione dei visceri come a noi è capitato osservare; per quanto il Filippi creda di poter includere nella categoria suddetta anche quelle che si hanno in caso di cieco mobile, o quando pur essendo la appendice in sede normale per abnorme lunghezza si porti a sinistra dando un'appendicite dell'apice, come spesse volte si riscontra nei ragazzi.

Tornando ora a considerare la patogenesi del complesso quadro morboso che condusse a morte il piccolo C... che non aveva mai presentato nessun disturbo a carico dell'apparato digerente, credo che si possa riportare la origine della flogosi appendicolare alla rinofaringite complicata da otite media purulenta, sofferta pochi giorni prima, ed a cui i familiari non avevano dato soverchia importanza. Poichè l'appendice porta una enorme ricchezza di tessuto linfoide follicolare specie verso la punta, tanto da farla paragonare ad una tonsilla intestinale, anche fisiologicamente risponde al compito cui sono preposte le tonsille: e se pur vogliamo valorizzare gli studi del Gross di Amburgo recentissimi, per cui ritiene che l'apparato follicolare del verme abbia influenza sulla progressione o meno del contenuto intestinale dall'ileo verso il cieco agendo sulla apertura o chiusura della valvola del Bahuin, pure gli Autori concludono concordemente sia a traverso gli esperimenti che i reperti clinici, che il compito precipuo del tessuto follicolare ricchissimo della punta sia quello di vagliare e trattenere i germi patogeni che vi vengono distrutti: ed è infatti proprio là ove più si raccolgono i germi, che nel massimo numero dei casi si ha una necrosi settica con relativa perforazione della punta. La prognosi della appendicite è sempre grave nella infanzia, in cui l'intervento operativo di per sè rappresenta un trauma di considerevole entità, ma il giudizio diventa assai meno fausto allorchè le appendiciti sono secondarie ad affezioni acute delle prime vie respiratorie, quando l'agente patogeno, in massima parte lo streptococco ed il diplococco, viene ad essere esaltato a traverso le varie tappe percorse nell'organismo fino a dare una vera forma setticemica.

Di qui il concetto della maggiore precocità nell'intervento chirurgico nei piccoli in cui non possiamo fare assegnamento sulle molteplici difese organiche dell'adulto per arrivare al raffreddamento: la vexata quaestio dell'intervento a caldo nelle prime 24 ore dall'attacco trova nel caso speciale delle appendiciti infantili la sua logica ed onesta risposta affermativa.

Agosto, 1928.

BIBLIOGRAFIA.

TESTUT-JACOB. *Anatomia topografica.*
FALCONI. Ibid.
CHIARUGI. *Anatomia ed embriologia.*
TADDEI. *Diagnostica chirurgica.*
VULLSTEIN-WILMS. *Trattato di chirurgia.*
SCHAKJ. Policlinico, Sez. chirurgica, 1928.
Journal des Practiciens, marzo 1920.
FILIPPI. Policlinico, Sez. pratica.
FLAMINI. *Pediatria pratica.*
GROSSW W. Archiv für klinische Chirur., 1927.

ISTITUTO DI CLINICA PEDIATRICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA.
Direttore incaricato: Prof. DE VILLA.

La pulmonite a sindrome appendicolare nella infanzia.

Contributo clinico

per il dott. ANTONIO ZALLOCCO.

La nozione che alcune affezioni toraciche dei bambini e specialmente la pulmonite franca lombare e le pleuriti possono presentare una sintomatologia appendicolare e possono indurre a facili errori di diagnosi è antica e non rari sono nella letteratura medica i casi pubblicati nei quali la diagnosi fu chiarita solo dopo l'atto operativo, quando cioè fu trovata l'appendice in condizioni fisiologiche.

Nei vecchi manuali di semeiotica, questa evenienza era considerata: così Grisolle nel suo classico trattato sulla pulmonite, accenna al dolore puntorio che può presentarsi ad un punto insolito cioè alla fossa iliaca: Gueneau de Moussy riferisce casi di pulmonite a dolore puntorio addominale e Tagge dice che nella pulmonite il dolore può aversi allo ipocondrio, ai lombi e nelle vicinanze dell'ombelico, da simulare una peritonite.

Mirande nel 1909 pubblicò il primo lavoro di statistica sull'argomento: la sua raccolta è di 20 casi: in due casi fu praticato l'intervento chirurgico con esito letale.

I primi che in Italia si occuparono della questione furono il Fiocca ed il Loffredo nel 1911: il Fiocca in una seduta della Società Lancisiana discusse ampiamente i casi pubblicati dal Miranda e ne illustrò uno personale, il Loffredo a pochi mesi di distanza ne illustrò un altro.

I pediatri portarono presto il loro contributo clinico e importanti sono le osservazioni pubblicate per primi fra noi dal Cozzolino, dallo Allaria, dal Prandi, Bragagnolo, Massalongo, ed all'estero dal Comby, Guinon, Leroy, Hutinel, D'Oelnits. L'argomento fu anche oggetto di una appassionata discussione alla Società di Chirurgia di Parigi nel 1908, quando il Mignon riferì sulle affezioni pleuro pulmonari, con caratteri clinici peritoneali ed i più valorosi chirurghi francesi confortarono la comunicazione del Mignon con un largo contributo di casi clinici della loro pratica ospedaliera e privata, facendo notare come nei bambini la sintomatologia appendicolare della pulmonite franca e delle pleuriti è più frequente che nello adulto.

Valagussa nelle sue consultazioni di clinica e terapia infantile, parlando della pulmonite crupale accenna largamente alla pulmonite con sindrome appendicolare e riporta l'osservazione personale di una bambina di 9 anni affetta da pertosse nella quale la pulmonite si iniziò con una sindrome imponente di un attacco di appendicite. L'esame obiettivo era negativo per il torace, ma data l'imponenza dei sintomi addominali, consultato uno dei più valorosi chirurgi fu decisa la laparatomia esplorativa che dette esito negativo.

Non fu fatto l'esame radiologico dato lo stato grave e la poca docilità della piccola paziente: fu fatto l'esame del sangue che dette 42 mila leucociti con spiccatissima mononucleosi e linfocitosi (la bambina aveva pertosse).

Trentasei ore dopo l'operazione, cioè 48 ore dopo l'inizio della febbre comparvero i segni stetoscopici di una pulmonite della base molto circoscritta da prima al lobo inferiore destro e poi diffusasi alla base di sinistra.

L'esplorazione dell'addome provocava intensi dolori al punto di Mac Burney, erano dolori alla minzione nella regione soprapubica, il polso frequente e piccolissimo, la lingua secca, il vomito ostinato. Valagussa giustamente nota come l'attesa troppo prolungata per un intervento sull'addome potrebbe essere la causa di morte per il bambino e consiglia in questi casi la laparatomia esplorativa che eseguita bene e rapidamente non può portare a dannose conseguenze.

Ho avuto occasione in questi ultimi mesi di osservare tre casi di bambini della seconda infanzia con polmonite lombare con sindrome netta appendicolare, e non credo inutile riferire brevemente le storie cliniche facendo seguire qualche osservazione e considerazione nei riguardi di una diagnosi esatta che spesso, a dire il vero, è ardua di difficoltà e richiede esame minuto ed accortezza di semeiotica.

CASO I. — L. L., anni 6, genitori viventi e sani: allattamento materno per 12 mesi: ebbe morbillo a tre anni, a quattro anni tosse convulsiva. Nel pomeriggio del 12 settembre 1926 viene colto da febbre altissima 39°,9 preceduta da brivido ed accompagnata dopo poche ore da nausea, vomito e da dolore addominale vivo, localizzato al quadrante inferiore destro. I genitori credendo ad una indigestione somministrarono subito al piccino un purgante oleoso e praticarono dei clisteri. La febbre si mantenne sempre alta: il dolore addominale dopo queste prime cure fatte dalla famiglia, senza il consiglio medico, non si calmò, anzi divenne sempre più intenso e violento, onde i genitori ricorsero al nostro aiuto.

E. O. Bambino in condizioni generali discrete. Cute e mucose pallide, scheletro con note di pregresso rachitismo. Temperatura 40°,2, polso 130, piccolo, frequente, respiro 36, all'ispirazione vivo dolore all'addome.

Non affanno, non tosse, non dispnea. Torace di forma cilindrica con evidente ectasia venosa, nulla di notevole alla percussione, alla ascoltazione qualche sibilo prevalente a destra. Cuore nei li-

miti, toni normali su tutti i focolai. Alvo regolare.

L'esame dell'addome è difficile a praticare per l'agitazione del bambino; alla ispezione non si notano anomalie di sorta, è leggermente retratto. Alla palpazione lieve e dolce del quadrante inferiore destro si risveglia vivo dolore che si irraggia a tutto l'addome e si ha contrattura; la palpazione con la mano a piatto (manovra del Guinon) sul punto di massima intensità dolorifica non aumenta nè l'iperestesia, nè la contrattura ma allevia il dolore; la palpazione pro fonda non aumenta il dolore.

L'esplorazione rettale non risveglia dolorabilità.

Applicazioni di borsa di ghiaccio, iniezioni di olio canforato, dieta e contro il vomito infuso di the ghiacciato.

La mattina, rivisto il bambino, lo si trova nelle stesse condizioni. L'esame addominale dà lo stesso reperto: al torace però si rivela una zona netta di ottusità alla base di destra con tutti i segni di una pulmonite.

A mano a mano i sintomi addominali si attenuano fino a scomparire e il bambino in settima giornata ha la crisi risolutiva.

CASO II. — Cern. M., di anni 5. Padre bevitore e fumatore, da anni è affetto da bronchite cronica. Madre anni 37, sana e robusta. Tre gravidanze a termine, non aborti, tutti i figli sani e robusti.

La bambina che è stata allattata dalla madre dopo i comuni esantemi della infanzia è stata sempre bene. Nell'ottobre 1927 è portata con altre compagne di scuola ad una passeggiata ginnastica: colpita dalla pioggia rientrò la sera a casa con brividi di freddo e temperatura alta, 39°,9, con lieve affanno senza tosse.

La febbre non cessò, anzi la mattina la madre si rivolse al nostro consiglio, perchè oltre alla febbre la bambina accusava vivo dolore addominale e aveva vomito violento e ripetuto.

E. O. Bambina di costituzione scheletrica normale. Cute e mucose visibili rosse, pannicolo adiposo bene sviluppato. Temperatura 39°8. Polso piccolo frequente, cefalea, lingua arida e patinosa, alito fetido. Al torace a destra posteriormente in basso una zona marcata di ipofenesi, con soffio intenso. La diagnosi è chiara per il reperto toracico.

Addome retratto; alla palpazione superficiale dei quadranti di destra, dolore vivo al punto di Mac Burney, che si estende a tutti i quadranti se la palpazione si prolunga per molto tempo: la palpazione profonda a destra non fa aumentare il dolore. L'esplorazione rettale e combinata non sveglia dolore. Iniziata la cura del processo pneumonico, in seconda giornata i sintomi addominali si attenuano e poi scompariscono e la malattia fa il suo corso regolare, finchè al settimo giorno si ha la caduta della febbre e la bambina entra in convalescenza e dopo altri 4 giorni lascia il letto guarita.

CASO III. — Mar. L., di anni 9. Il padre è sano e robusto e non ha mai avuto malattie degne di nota, la madre è anemica e affetta da esaurimento nervoso: due figli morti in tenera età per malattie della nutrizione da alimentazione incongrua dovendo la madre accudire al negozio del marito.

La bambina è stata sempre bene fino a due anni, quando ha avuto morbillo e bronco polmonite consecutiva; guarì benissimo. A tre anni ebbe scarlattina dalla quale guarì anche bene.

Vive in ambiente umido ed antigienico nel retrobottega del negozio esercito dai genitori.

Nell'agosto 1927 in pieno benessere è colpita da temperatura alta 39°9 preceduta da brivido, non tosse, non affanno. Poche ore dopo, ha vivo dolore all'addome che localizza al quadrante inferiore destro, che la fa smaniare e soffrire molto. In certi momenti il dolore s'irradia a tutto l'addome ed è accompagnato da vomito alimentare. In queste condizioni cade sotto la nostra osservazione.

E. O. Bambina in condizioni generali gravi, temperatura 40°, polso 130, piccolo e molle, cefalea intensa. L'esame obiettivo praticato nelle pessime condizioni possibili di ambiente e dato lo stato della bambina che si agita sul letto contorcendosi ed assumendo le posizioni più strane per attenuare il dolore, è negativo per il torace. Il dolore è localizzato nettamente alla fossa iliaca destra: la palpazione di questa zona nei momenti di calma fa rilevare una mancata iperestesia: la palpazione profonda non aumenta il dolore che si allevia anche applicando la mano a piatto sul punto dolente e facendo la manovra del Guinon. L'esplorazione del retto non è possibile, nè si riesce a farla per lo stato della piccina.

Si decide allora di trasportarla in una casa di salute chirurgica dove è accolta d'urgenza. Si rivede la bambina il giorno appresso in unione al chirurgo: la sintomatologia addominale è attenuata e con sorpresa, ad un esame minuzioso e diligente del torace che si può praticare dato lo stato di calma della bambina, si presentano i segni chiari di una pleuro pulmonite della base di destra. La paziente dalla casa di salute è ricoverata all'8° Padiglione del Policlinico (prof. Carducci) che conferma la diagnosi di pulmonite e pleurite. Uscì guarita dopo 20 giorni.

Questi casi oltre che importanti sono istruttivi perchè denotano come nei bambini le affezioni più comuni possono presentarsi con una sintomatologia strana che può condurre ad errori di diagnosi.

I casi da me osservati appartengono tutti a bambini della seconda infanzia, ed in ciò sono di accordo tutti gli osservatori che dicono come la sindrome appendicolare nelle affezioni toraciche dei bambini, è più frequente a riscontrarsi nei bambini della seconda infanzia.

È certo che alle volte la sintomatologia dell'appendicite è così chiara ed il quadro clinico così allarmante da indurre il medico ad affidare al chirurgo il paziente: su 38 casi raccolti dal Bragagnolo fino a tutto il 1903 vi furono 16 interventi chirurgici con 3 morti, mentre su 51 casi raccolti dal Ferrari che sono quasi tutti cronologicamente posteriori a quelli del Bragagnolo, non si è mai intervenuti chirurgicamente, e una prudente attesa ha evitato un atto operativo secondo alcuni inutile, spesso dannoso.

Per stabilire bene la diagnosi bisogna valutare minutamente la sintomatologia e tenere conto ol-

tre che dei sintomi comuni alle due affezioni, anche e sopratutto all'ordine col quale si presentano questi sintomi, specie la febbre e il dolore.

La febbre ha capitale importanza: essa nella pulmonite si presenta prima e si eleva rapidamente a 39-40° mentre nell'appendicite si eleva a 38-39°: ed è primo il dolore nell'appendicite che si manifesta almeno nella maggioranza dei casi: all'inizio il dolore dell'appendicite, è accentuato allo epigastrio e attorno all'ombelico, poi si localizza alla fossa iliaca destra e quasi nello stesso tempo si ha nausea, vomito, sensibilità addominale esagerata ed a distanza di 24 ore si ha febbre non tanto alta come nella pulmonite. Tutti gli autori in quanto alla dolorabilità addominale dicono che la palpazione dimostra un differente tipo di dolorabilità, nelle due condizioni e cioè nella pulmonite sembra più viva, più superficiale e di solito non bene localizzata ma diffusa alla parte alta dell'addome, mentre negli appendicolari la dolorabilità è meno viva, più localizzata ad una piccola area del quadrante inferiore destro e più profonda: quasi bisogna affondare la mano palpante con pressione considerevole prima che il bambino accenni alcun disturbo.

Fraser ha richiamata l'attezione su ciò che egli chiama palpazione addominale del *lato opposto al dolore*: nell'appendicite questa manovra porta accentuazione del dolore a destra.

Ortner giustamente osserva come la prima malattia infettiva che deve venirci in mente subito quando un malato accusa dolori violenti improvvisi nella regione ileocecale con febbre e vomito, e con contrattura muscolare locale e punto doloroso di Mac Burney, è la pulmonite crupale, specie nei soggetti giovani e quando ha sede specialmente nel lobo inferiore destro.

La diagnosi di pulmonite secondo Ortner si baserà sui fatti seguenti: assenza di facies addominale, arrossamento delle guancie (Hutinel in un bambino fu guidato alla diagnosi dai pomelli arrossati), dolore alla fossa ileocecale alla pressione superficiale più che alla profonda, inizio con brivido di freddo e febbre, cefalea, mobilità toracica diminuita e alle volte notevole aumento del respiro, tosse, erpes labialis.

A questi tre sintomi, febbre, vomito e dolore che sono comuni alle due affezioni, ma che susseguendosi con l'ordine sopra descritto hanno una importanza clinica grande, nella appendicite si accompagnano altri sintomi che non bisogna trascurare e cioè la retrazione completa della parete inferiore destra del ventre nella respirazione, l'iperestesia cutanea, la difesa muscolare, l'esistenza dei punti dolorosi tipici, il dolore che aumenta con la cessazione brusca della pressione profonda esercitata con la mano (segno di Blumberg) il dolore che si risveglia palpando col dito introdotto nel retto verso la regione ileocecale.

Blaisseul dà molta importanza al decubito: nella appendicite è caratteristico, supino, in posizione che cagiona meno dolore, col tronco rivolto leggermente a destra, flessione ad angolo retto od ottuso della coscia: lo stesso autore descrisse un sintoma che trovò nel 90 per mille dei casi e che chiamò *turning test*: gli ammalati di appendicite che sogliono decombere sul lato destro quando si voltano sul lato sinistro avvertono intenso dolore che si calma volgendosi di nuovo a destra.

Certo che esiste molta difficoltà quando bisogna stabilire l'esistenza del dolore o della dolorabilità in un piccolo bambino e spesso è impossibile riferire la dolorabilità ad un punto, specie all'inizio del processo perchè i muscoli addominali possono essere fortemente contratti ed il bambino può gridare comunque lo si tocca direttamente.

Il Hayech al Congresso Pediatrico di Milano nel 1922, rese noto un segno dell'appendicite infantile che espose con queste parole: « il bambino in corso di appendicite secondo Hayech, ad un movimento impresso al bacino in senso trasversale, risponde immediatamente con un grido di dolore accompagnato di regola dal gesto di coprire con la mano l'area dell'addome corrispondente ai noti punti classici. Il movimento di lateralità del bacino può essere ottenuto o con un colpo deciso e rapido dato con la mano, o con il ginocchio al piano sul quale giace il bambino, oppure urtando direttamente la regione iliaca con la superficie dorsale della mano conformata a pugno. La manovra deve essere fatta con rapidità ed elimina la pratica di brutti maneggi sul ventre. In tutti i casi di appendicite il Hayech trovò presente tale segno che si nota all'inizio del male.

Come si spiega questa sindrome appendicolare che è realizzata nella pulmonite ed in genere nella pulmonite della base di destra? Tutti gli autori sono concordi nell'accettare la spiegazione data dal Mirande e cioè che il 12° nervo intercostale ha delle terminazioni addominali che si arborizzano nella sfera cutanea della regione iliaca: quando è eccitato durante il suo tragitto alla base del torace sia al corso di una pulmonite o di una pleurite, il dolore si può proiettare per riflesso su questa zona cutanea che è quella del punto di Mac Burney.

Dal punto di vista pratico è bene non affermare mai la diagnosi di appendicite prima di avere fatto un esame completo del bambino ed in ispecie un esame minuto scrupoloso del torace, specialmente della base con una percus-

sione ed ascoltazione sistematica e ripetuta, sopratutto quando il quadro classico dell'appendicite non si presenta chiaro e netto, e quando esiste dubbio di una diagnosi errata, per una sintomatologia oscura.

Pseudoappendicite da amoeba.

Dott. GIORGIO FANELLI - Galliera (Bologna).

In una interessante nota clinica comparsa nella Sezione pratica del *Policlinico* 1928, n. 31, il dott. L. Tonelli ha trattato esaurientemente, documentandola con chiare osservazioni personali e citando alcuni casi di altri autori, la sindrome pseudoappendicolare amoebica. Il Tonelli ricorda fra l'altro che una diagnosi tempestiva ed esatta evita al paziente un atto operativo sempre molto serio, che desta una certa preoccupazione e tiene immobilizzato, sebbene per un periodo solitamente breve, al letto il paziente che deve interrompere così la sua attività con sacrificio finanziario sicuro e, quel che è peggio, senza ritrarne il minimo sollievo. I casi di amebiasi intestinale sono venuti facendosi così frequenti alla nostra osservazione dal dopo guerra, che quasi ogni medico ha preso famigliarità con questa forma morbosa sia per i casi eventualmente capitatigli nella pratica, sia dalla letteratura che va sempre più arricchendosi di osservazioni cliniche che riguardano le varie sindromi determinate dalla amoeba. E non troverebbe certamente ragione di speciale annotazione questa brevissima mia osservazione e tanto meno di pubblicazione, se non fosse stesa solo per fissare sempre più la nostra mente sulla possibilità di confondere un semplice attacco di pseudoappendicite amoebica con la classica appendicite.

Come spesso nella nostra pratica professionale succede di vedersi comparire, sfiduciato ed avvilito, qualche paziente che racconta la sua dolorosa odissea, con giusti termini medici, con esattezza cronologica, perchè ormai addestrato nelle numerose peregrinazioni da medico pratico a specialista, da ambulatorio a casa di cura, così recentemente è venuta da me una signorina che molto intelligentemente e con grande accuratezza di particolari si accinge a farmi l'esatta descrizione dei suoi guai, che fedelmente riporto.

Z. I., di anni 20, studentessa: nulla di notevole nell'anamnesi famigliare. Ha sofferto i comuni esantemi, ha mestruato regolarmente ed ha ricorso a medicinali solo raramente e sempre per correggere l'alvo di solito stitico.

Dalla metà dell'anno 1925 e circa ogni mese, era costretta al letto per violenti coliche che insorgevano quasi improvvisamente con qualche scarica diarroica e senza febbre e che erano calmate da cataplasmi e da ingestione di preparati oppiacei. Impressionata per il ripetersi di queste coliche, consultò un medico, che, pensando forse ad una enterocolite, prescrisse dieta prevalentemente vegetariana e lattea e Nujol per bocca. Ma benchè ella seguisse scrupolosamente le prescrizioni mediche, non notò alcun giovamento: le crisi dolorose al quadrante inferiore destro dell'addome sulla regione ileo-cecale, si ripetevano sempre con la stessa violenza e con gli stessi caratteri, tanto che verso la fine del 1927 le coliche divennero più frequenti, fino a sopravvenire ogni settimana e furono accompagnate dal vomito che fin'ora era mancato; perciò ricorse nuovamente ad un sanitario che, diagnosticata una appendicite, la fece ricoverare in un ospedale ove subì l'atto operatorio. L'appendice esaminata istologicamente non dimostrò nulla di notevole. Dopo l'atto operatorio, che ebbe decorso regolare, la paziente stette bene un mese; poi le crisi dolorose ricomparvero con gli stessi caratteri delle altre, solo si erano fatte così frequenti che si ripetevano fino a due volte lá settimana.

In queste condizioni verso i primi di agosto 1928 capita alla mia osservazione.

L'esame obbiettivo non rivela nulla a carico del sistema nervoso, del cuore, dell'apparato respiratorio, non si palpa il fegato, non la milza. Esame delle urine negativo. L'addome si presenta leggermente globoso e meteorico ed affondando la mano sul punto di Mac Burney si risveglia spiccata dolenzia e difesa muscolare.

Negli altri quadranti l'addome è ben trattabile e la palpazione del colon non mette in rilievo nulla di particolare, nè provoca dolore.

Era quì agevole pensare a tutt'altra causa fuorchè all'appendice che era stata asportata. Nulla faceva pensare a lesioni degli organi genitali: i tributi mensili sono sempre stati regolari: mai si è avuto leucorrea. Non si palpavano aderenze fra le anse intestinali, aderenze abbastanza frequenti dopo l'appendicectomia. Non vi erano segni che facessero pensare a coliche renali.

Abbastanza facile era escludere lesioni epatiche e della cistifellea, sia per l'assenza del dolore, che per la mancanza di itterizia e mai vi era stata temperatura durante gli accessi. Io venni nell'idea di trovarmi di fronte ad una amebiasi intestinale simulante appendicite, perchè tutto il quadro morboso assomigliava in modo impressionante al caso del Tonelli. Anche quì, diarrea invece di stipsi: assenza completa di temperatura durante le crisi dolorose: gli attacchi si succedevano con tanta frequenza come in nessuna forma intestinale, se si eccettua l'appendicite ed erano relativamente benigni; ma sopratutto fui portato a fare diagnosi di pseudoappendicite amoebica, dall'aver saputo dalla paziente che il suo stato, tolto il primo mese di benessere, era peggiorato dopo l'atto operatorio.

È infatti noto, ed anche il Tonelli lo fa rilevare, che l'atto operativo peggiora la sindrome morbosa e che di solito le crisi si fanno e più frequenti e più dolorose dopo asportata l'appendice. L'esame delle feci, eseguito nell'Istituto di Patologia coloniale a Bologna, diede risultato nettamente positivo per l'entamoeba histolytica. La paziente è stata sottoposta ad una cura emetinica per iniezioni ed ora sta finendo una cura di stovarsolo per os; è cresciuta parecchi chilogrammi di peso, la palpazione sulla regione ileo cecale non risveglia più dolore; non ha più avuto coliche, quantunque, per l'appetito grandemente aumentato, non abbia alcun riguardo nella introduzione dei cibi.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

Il problema dell'albinismo.

(FRANCESCO GRAZIANO. *La Pediatria*, n. 17, 1 settembre 1928).

L'albinismo è una delle più importanti discromie della cute, discromia ritenuta da alcuni ereditaria e da altri no; essa può essere parziale o totale, congenita o acquisita, e si può riscontrare indifferentemente tanto nei maschi come nelle femmine.

Alcuni AA. l'hanno riscontrata specie nelle razze molto pigmentate, come i negri, e in individui a deficiente sviluppo psichico. Anatomicamente la struttura della cute è normale, manca soltanto il pigmento, però essa ha una maggiore vulnerabilità e un grado, più o meno spiccato di debolezza cutanea e generale, che si manifesta in epoca più o meno lontana dalla nascita.

Carnot e Loeb hanno innestato un lembo di epidermide nero su pelle bianca, esso si è esteso e le cellule pigmentate hanno vinto le albine; ciò non è avvenuto nel caso inverso, e pare che questi diversi modi di comportarsi della pelle siano dovuti al suo contenuto in ferro, che eccita una azione stimolante sulla iperattività cellulare.

L'argomento dell'albinismo acquista ora una grande importanza, specie che gli studi sull'apparato nervoso della vita vegetativa hanno dimostrato il nesso funzionale tra azione del simpatico e parasimpatico e pigmentazione della cute.

Il Graziano ha studiato due casi di albinismo in due bambine, che erano tra loro sorelle. Esse erano nate da consanguinei, in cui però tanto nel gentilizio ascendente come collaterale non c'erano stati casi di albinismo. V'era stata eredità sifilitica, e come si sa le infezioni a decorso cronico provocano distrofie gravi e malformazioni specie a carico delle ghiandole a secrezione interna; queste due bambine all'esame antropometrico dimostravano una deficienza in toto dello sviluppo scheletrico, proprio che accompagna l'albinismo.

Le prove farmaco dinamiche hanno messo in evidenza uno stato di prevalenza simpatica (stato ipertonico).

Circa il disturbo della pigmentazione è da ricordare la maniera di formarsi e di comportarsi dei cromatofori: il pigmento si annida nelle cellule basali dell'epidermide, e le normali cellule cromatofore del derma (Hermann), che presiedono direttamente e proporzionalmente all'intensità colorativa della cute (Brault e Ribbert), si accrescono di numero e di volume sopraccaricandosi di granuli pigmentari giallo bruni, che ne zaffano tutto il protoplasma. Haecker ammette una preponderanza del cromatoforo nero sul bianco, che è recessivo, tanto che gli animali albini, figli di neri, mostrano una tendenza notevole per la colorazione nera.

Il problema fondamentale dell'albinismo consiste nello stabilire se esso è dovuto ad un disturbo di evoluzione del pigmento o ad una deficiente capacità della cute a fissarlo. Il La Franca crede che per determinare l'albinismo debba concorrere anche il sistema nervoso della vita vegetativa ed il sistema endocrino. Si sa, che il simpatico è considerato un nervo cromoinibitore, ed il parasimpatico un nervo cromomotore, e quindi i disturbi della pigmentazione dipendano dalla prevalenza di uno di essi. Tornier ammette cinque specie di cromatofori: neri, grigi, rossi, gialli e bianchi; secondo Darier essi compaiono al 5° mese della vita fetale. Tra le glandole a secrezione interna bisogna considerare le capsule surrenali, che sono prevalentemente innervate dal simpatico, inoltre viene ammessa un'influenza della secrezione interna dell'apparato sessuale sull'aumento fisiologico del pigmento; ed una sinergia fisiologica tra tiroide e surrene. Infatti nell'eunuchismo, nell'eunocodismo, nell'insufficienza tiroidea, e nello stato timicolinfatico si ha la cute assai povera di pigmento. Nelle endocrinopatie da squilibrio funzionale della tiroide si hanno acromie parziali e vitiligini; nell'insufficienza parziale dell'ipofisi cute sottile, delicata, trasparente, poco pigmentata, capelli lunghi e serici.

In considerazione dei dati a carico delle glandole interne si spiegano i disturbi dello scheletro e quelli vasomotori.

Il problema dell'albinismo rimane ancora molto complesso e non di facile delucidazione in tutti i suoi elementi.

BALDARI.

L'edema cronico ereditario.

(MILROY. *Journal American Med. Assoc.*, 1928, 20 ottobre).

L'edema cronico ereditario — morbo di Milroy o di Meige — è clinicamente caratterizzato da un edema duro limitato alle dita dei piedi, o a parte o a tutto un piede, ad ambo i piedi, o a una o ad ambo le gambe. Esso non sorpassa mai il legamento di Poupart. Non è dolente, non provoca sintomi generali, non è attribuibile ad alcuna affezione viscerale. L'edema è permanente, diminuisce un po' con il riposo a letto. Non ha alcuna influenza sullo stato di salute generale,

nè sulla durata della vita. La malattia è spiccatamente ereditaria.

L'A. di questo articolo, con il nome del quale l'affezione è designata in America, ha studiato parecchie famiglie nelle quali molti membri presentavano l'edema cronico.

Le descrizioni delle malattie fatte dai vari osservatori non concordano nei dettagli, perchè ciascuno di essi ha esaminato una sola famiglia, e non deve sorprendere se le modalità non sono costanti in tutti i ceppi genealogici.

Uno dei punti più discordi è costituito dall'età nella quale appare l'edema. Milroy in 21 dei 22 casi osservati ha trovato l'edema presente fin dalla nascita. Meige, che trovò 8 individui affetti in 4 generazioni, ha riscontrato che l'edema si manifesta con la pubertà. Hope e French in tutti i 33 casi di edema su 42 persone di cinque generazioni da loro osservati, trovarono l'affezione presente nell'infanzia. Rolleston ha riferito di tre pazienti nei quali l'edema si sviluppò con la pubertà.

Hope e French descrivono un'altra manifestazione incostante dell'affezione: gli attacchi acuti. Queste crisi si iniziano con brivido intenso e vomito, cui seguono febbre, intenso dolore, arrossamento e gonfiore degli arti nei quali preesisteva l'edema. La durata di questi attacchi varia da due a sette giorni. Essi possono ripetersi con intervalli di settimane, mesi e anni, senza che si riesca a scoprirne la causa determinante. La relazione tra l'edema e questi attacchi acuti è ignota.

Nella genealogia studiata da Hope e French c'erano due casi di imbecillità, due di epilessia, uno di mania acuta ed uno di dipsomania. Altri autori hanno trovato molto frequente l'epilessia. Ciò ha fatto pensare che l'edema si verifica in famiglia con predisposizione nervosa.

Viceversa Milroy ed altri autori hanno trovato che gli individui affetti da edema cronico erano tutti ben portanti, longevi e di buona intelligenza.

Per spiegare la patogenesi dell'edema cronico sono state avanzate varie teorie (nervosa, linfatica, vasale, endocrina).

Rietti (*Policlinico*, 1924) ritiene che il trofedema, come tutti gli altri edemi, dipende da modificazioni dei vari colloidi del corpo in rapporto alla viscosità ed all'iperdispersibilità. Queste modificazioni possono essere in relazione alla funzione di glandole endocrine, e particolarmente della tiroide. Le indagini fatte al riguardo sui suoi pazienti dimostrerebbero che esiste una minore capacità a distendere i colloidi nel siero del sangue (reazione di Kotmann) ed un aumento della concentrazione dei colloidi idrofili (eccessiva viscosità del siero in rapporto alla concentrazione di proteine determinata con il refrattrometro di Pulfrich). Oltre a ciò vi sarebbe una marcata alterazione del rapporto siero albumina-siero globulare, con prevalenza di quest'ultimo.

Al Milroy sembra più probabile che la condizione sia determinata da una causa locale: occlusione o trombosi venosa, occlusione linfatica, o alterazione dell'attività dei vasi sanguigni o linfatici dipendente da perversione dell'innervazione.

È verisimile che l'edema cronico appartenga al gruppo delle neurosi vasomotorie, di cui fanno parte il morbo di Raynaud, l'orticaria e l'edema angioneurotico, quantunque clinicamente differisca molto da queste malattie.

Tutti i rimedi interni e locali finora tentati sono riusciti inefficaci. Per contenere l'edema giovano molto le fasce e le calze elastiche. La cura degli attacchi acuti è sintomatica e palliativa.

DR.

MEDICINA.

L'intervento chirurgico negli ascessi e nelle caverne del polmone.

(G. PICOT. *Archives des maladies de l'appareil respiratoire*, t. II, n. 4).

La questione dell'intervento chirurgico negli ascessi polmonari è lontana dalla soluzione: la diagnosi di sede, di grandezza, di numero, di esistenza perfino, della suppurazione polmonare è troppo spesso circondata da gravi difficoltà.

Limitandoci a considerare solo gli ascessi cavitari polmonari, è risaputo che il loro quadro si è in questi ultimi tempi allargato dappoichè è stato dimostrata la scarsa frequenza delle pleuriti interlobari, che troppi ascessi del polmone comprendono. Distinguiamo con Bezançon: ascessi non fetidi (per lo più a germe unico, strepto-o pneumococco), ascessi non fetidi a germi unici, e ascessi putridi o gangrenosi a germi multipli, anerobii e spirocheti. Dal punto di vista prognostico e chirurgico questa distinzione è capitale: i primi circoscritti, con scarso interessamento dello stato generale, gli ultimi a forma di multiple cavità, non limitati da membrana; i primi facilmente drenabili, i secondi difficilmente.

È noto che un certo numero di ascessi polmonari può guarire senza intervento chirurgico: spontaneamente o con l'autovaccinoterapia, con la sieroterapia ecc. La guarigione spontanea non è però la regola, la guarigione con le medicine è il più delle volte incompleta, e finchè persiste una cavità, per quanto piccola, i malati sono esposti a recidive.

L'intervento chirurgico esige l'esatta diagnosi di localizzazione: bisogna ripetere esami radio-

grafici anche a breve distanza di tempo; essi variano con lo stato di ripienezza dell'ascesso e con lo stato delle regioni circostanti. In molti casi l'esame va ripetuto iniettando del lipiodol nei bronchi, ben tenendo presente che questo esame non è realizzabile che nei casi cronici o subacuti e non nei casi con vomito frequente, con dispnea, con febbre. Negli ascessi polmonari con reazione pleurica, è utile vuotare la pleura e creare prima dell'esame radioscopico uno pneumo torace artificiale. Eccellente mezzo di diagnosi è la puntura esplorativa, magari fatta sotto controllo radioscopico: è buona regola, se la puntura fa uscire del pus, lasciare in posto l'ago ed inviare il malato al chirurgo onde possa servire come repere e guida sicura.

L'intervento chirurgico può nelle suppurazioni del polmone essere completamente modificato nella sua esecuzione e nella sua concezione a seconda lo stato della pleura. Allorchè l'affezione è antica, si può supporre che i foglietti pleurici siano aderenti, specie se esistono segni di retrazione toracica che indicano una sclerosi polmonare. Al contrario se è stato praticato uno pneumo artificiale, si presume che la pleura è libera e che se vi è stato versamento, la pleura è fissa. E così si può pensare che se il focolaio suppurativo è superficiale, è probabile l'aderenza pleurica, l'opposto se il focolaio è centrale.

Messa da parte l'aleatorietà di una guarigione spontanea a mezzo di una vomica, l'operazione deve dal medico essere indicata senza che il malato si trovi in condizioni deplorevoli per una lunga attesa. L'intervento ha per scopo di drenare l'ascesso, di ottenere il suo schiacciamento, la sua cicatrizzazione: noi non parliamo della broncoscopia che in mano di Americani ha fatto migliorare degli ascessi essendosi ottenuto la fuoriuscita del pus attraverso il broncoscopio: Lambert e Miller in tre casi hanno ottenuto un miglioramento, un risultato nullo ed una morte immediata.

La pneumotomia è stata per lungo tempo la sola operazione applicata indistintamente a tutte le suppurazioni polmonari. Secondo l'A. essa deve applicarsi agli ascessi unici ben localizzati, ben circoscritti, ad evoluzione acuta o subacuta, con fenomeni generali gravi. L'intervento non deve essere praticato troppo tardi. Ma in numerosi casi l'ascesso non può essere localizzato, a malgrado le vomiche, le oscillazioni della temperatura parlino per l'esistenza di un processo cavitario del polmone: in tali casi si può ben sperare in ottimi risultati ottenibili con la collassoterapia. In primo luogo la frenicectomia: essa non dovrebbe essere esperimentata che nei casi di ascessi del lobo inferiore. Ad ogni modo, abitualmente la frenicectomia non dà risultati felici, e se spesso è inefficace, talora ha un effetto nocivo perchè la paralisi del diaframma non permette più alla sacca di svuotarsi, dandosi così luogo ad accidenti da ritenzione.

Per ricorrere ad operazioni sul torace con lo scopo di scollare la pleura dalla parete costale, per ricorrere cioè a plastiche toraciche, occorre che il focolaio suppurato sia largamente aperto nei bronchi: esso è pertanto indicato nei casi con vomiche copiose od espettorazione molto abbondante; la liberazione del polmone permette all'ascesso di schiacciarsi e di guarire. I casi più favorevoli sono dati dagli ascessi dell'apice e delle parti centrali del polmone: una controindicazione assoluta è in tali casi data dalla preesistenza di un pneumotorace o dalla presenza di un versamento. Lo scollamento pleuro parietale deve essere praticato in principio dei casi cronici e quasi apirettici.

Dobbiamo considerare a parte gli ascessi aperti nella pleura, cosa non eccezionale: ora, se esiste una pleurite incistata è necessario drenare insieme la sacca pleurica e l'ascesso, nel punto declive. Se la cavità pleurica è tutta intera interessata, basta per lo più fare una pleurotomia nel punto di elezione. In riassunto dunque: gli ascessi non fetidi, guariscono spesso spontaneamente, e la pneumotomia non è indicata che nei casi di ascessi voluminosi e ben circoscritti. La pneumotomia è indicata formalmente, in tutti i casi di ascessi fetidi o putridi localizzati; l'intervento ha per scopo di arrestare la suppurazione permettendo all'ascesso di retrarsi, di cicatrizzarsi e di prevenire la dilatazione bronchiale. La retrazione delle pareti dell'ascesso e la cicatrizzazione non possono essere ottenute che con operazione toracoplastica che deve esser fatta in più tempi. La frenicectomia sembra dover essere una operazione complementare da associarsi alle operazioni plastiche. L'intervento negli ascessi del polmone in ogni modo deve esser consigliato precocemente non appena è stato assodato che il trattamento medico è insufficiente, poichè malati di tal genere sono fragili a malgrado l'apparenza di resistenza.

MONTELEONE.

Complicazioni e postumi nei colpiti da gas da combattimento.

(A. MANIERI e G. ROVIDA. *Giornale Med. Mil.*, f. VIII-IX, agosto-settembre 1928).

Sull'argomento esiste ormai una vasta letteratura; tuttavia è sempre di attualità la conoscenza di quanto è stato scritto in materia.

I gas tossici possono colpire tutti gli organi, producendo delle lesioni più o meno profonde.

Sull'apparato respiratorio, a cominciare dalle prime vie aeree, si può avere un edema laringeo,

talora grave, con presenza di false membrane sulla trachea, laringe, bronchi.

I prodotti tossici possono preparare il terreno per le infezioni secondarie dei polmoni; le bronchiti, bronco-polmoniti erano molto frequenti. Era invece raro l'edema polmonare da inspirazione di cloro, fosgene e simili.

La tosse stizzosa, provocata dai gas, spesso dava luogo ad un enfisema secondario dei polmoni.

I disturbi a carico dell'apparato digerente possono essere precoci e tardivi, e sono costituiti da causticazioni ed ulcerazioni della mucosa esofagea e gastrica, da vomito, ematemesi, e talora da morte. Tutte queste lesioni si giovavano degli alcalini, i quali facevano presto sparire i disturbi.

Di difficile interpretazione appare l'insorgenza d'un'ulcera duodenale da gas, senza che vi sia alcuna lesione dello stomaco o delle vie superiori.

Sull'apparato cardiaco i gas agivano provocando tachicardia iniziale con ipertensione, bradicardia tardiva con ipotensione, alterazioni dovute all'azione dei gas sulle fibre muscolari del cuore e sui centri nervosi.

Sono state notate anche lesioni dei vasi, con gangrena ischemica d'un arto.

Sulla cute agivano quei gas con composti vescicanti; ma le lesioni in genere sono di scarsa entità, se curate tempestivamente e con opportunità.

A carico dell'apparato oculare, erano frequenti i disturbi irritativi, con lacrimazione abbondante (gas lacrimogeni); meno frequenti quelli a carico del fondo oculare (retinite emorragica, neurite emorragica, trombosi venose) dovute non al gas direttamente, ma secondo Eppenstein alla stasi prodotta dai disturbi polmonari.

Accanto a disturbi leggeri del sistema nervoso (vertigini, turbe vasomotorie) sono state osservate anche paresi, paralisi, spasmi, casi di emiplegie, disturbi della sensibilità tattile e gustativa, nevrosi, a fondo isterico.

In rapporto alle ghiandole endocrine, è stato notato nei colpiti da gas sintomi basedowiani e d'insufficienza surrenale.

Circa i postumi che si possono osservare nei casi colpiti da gas, per quel che riguarda le vie aeree superiori, il naso, la gola e l'orecchio, le lesioni sono dipendenti dalle alterazioni istologiche lasciate dall'azione dei gas; e quindi cicatrici e stati infiammatori con disturbi trofici, disfunzioni fonetiche, legate a paralisi dei gruppi muscolari colpiti, alterazioni croniche laringee, le quali predispongono all'infezione tubercolare.

Ricordiamo di sfuggita le altre lesioni postume dell'apparato respiratorio: bronchite semplice recidivante, bronchite con enfisema, congestione edematosa recidivante, con temperatura a 38°-39°, con dispnea e abbondante espettorazione, a tipo accessuale, ascessi polmonari, dovuti all'azione del solfuro di etile biclorurato, sindrome pseudotubercolare, con dimagramento, lieve febbre vespertina, tosse con espettorato ematico, con zone di ottusità e rantoli bronchiali, ma con reperto negativo per il Koch; forme asmatiche, e sclerosi polmonare.

Un problema interessante è stabilire se può insorgere una tubercolosi come postumo nei colpiti da gas. Mettendo da parte i casi di tbc. insorti subito dopo i gas, gli AA. che si sono occupati dell'argomento, sono d'opinione che l'intossicazione renda il paz. più soggetto alla tbc. polmonare. Tale opinione non è condivisa da tutti, perchè altri credono che i colpiti non mostrano disposizione verso la tbc., e nel 1925 il Sergent affermava che l'intossicazione da gas non è sufficiente da sola a provocare la tbc. polmonare.

Molto recentemente però, osservazioni di altri AA. e proprie, hanno indotto l'Achard a credere che l'intossicazione da gas sia un fattore molto importante per lo sviluppo tardivo della tbc. polmonare.

Scarsi postumi si riscontrano a carico dell'apparato digerente (dispepsie, enterocoliti) e cardiaco (palpitazioni, dispnea da sforzo).

Sulla cute possono residuare le cicatrici prodotte dall'ustione.

Dal lato medico legale, le lesioni in colpiti da gas sono scarse, ma quelle che insorgono come postumi, difficilmente tendono al miglioramento.

CARUSI.

CHIRURGIA.

Exeresi sistematica dello sternocleidomastoideo nelle asportazioni dei grossi tumori laterali del collo.

(E. FORGUE. *Gazette des Hôpitaux*. Centenaire, nov. 1927).

L'A. dimostra i vantaggi di una larga visione operatoria, di un accesso facile verso i gruppi glandolari latero-cervicali situati in alto e verso la regione parotidea e delle comodità di manovra mediante l'asportazione dello sternocleidomastoideo nell'estirpazione di masse voluminose di certi linfomi tubercolari a tipo ipertrofico, o di linfosarcomi o di branchiomi o nell'exeresi di adenopatie cancerose da epiteliomi linguali o bucco faringei. Così pure negli interventi per tumori della parotide o per tumori del padiglione dell'orecchio, nei quali, in alcune forme più estese, ritiene indicata la asportazione della parotide così come dei gangli carotidei per la presenza di metastasi in tali regioni.

Per l'asportazione dei linfomi tubercolari del collo, voluminosi, e che abbiano resistito a tutte

le altre cure l'A. pratica un'icisione che, partendo dalla regione mastoidea, si estende fino all'articolazione sterno-clavicolare; seziona lo sternocleidomastoideo a 3-4 cm. dall'inserzione sterno-claveare e facendo presa sul moncone lungo di sezione del muscolo disseca gradualmente la massa di glandole tubercolari, seguendo il piano dei vasi carotidei per via posteriore fino a raggiungere l'estremo superiore della regione; quivi non si preoccupa della sezione del nervo spinale nella asportazione della massa gangliare e del muscolo sternocleidomastoideo, poichè secondo l'A. ed altri scarso è il suo territorio d'innervazione. Tale incisione pratica anche per l'asportazione di branchiomi e delle metastasi cancerigne gangliari e carotidee. Però in tali casi la dissezione deve praticarsi in tessuti nettamente sani, anche se occorre praticare la legatura di vasi importanti quali la giugulare interna.

Nei tumori maligni della parotide l'A. pratica un'incisione, che seguendo il margine post. dello sternoeleidomastoideo si estende dalla base della mastoide fino a livello del margine inf. della cartilagine tiroide. Così mette allo scoperto la regione parotidea dal basso dopo aver sezionato lo sternocleidomastoideo, e per via posteriore, e sollevando in alto il padiglione dell'orecchio, ottiene una luce ottima per fare una dissezione profonda della loggia parotidea, praticando, quando occorra, l'allacciatura della carotide esterna, dalla giugulare interna. Questa ultima incisione serve anche per i casi di carcinomi del padiglione dell'orecchio, specie quando sono estesi o sono insorti nella metà inferiore del padiglione dell'orecchio, dovendosi sistematicamente in tali casi asportare la glandola parotidea, nella quale confluiscono i linfatici inferiori del padiglione dell'orecchio. Difatti con la semplice ablazione del tumore primitivo in questi ultimi casi si hanno recidive quasi costantemente.

JURA.

Un cancro doppio del laringe.

(SIKL. *Zeitsch. f. Krebsforsch*, Bd. 25, n. 6, 1927).

I carcinomi doppi per lo più in combinazione di cellule piatte e cellule cilindriche non sono rari. Ad essi appartengono anche quelli che formati da due specie cellulari si sviluppano uno verso l'altro e perciò detti tumori da collisione, mentre vengono annoverati soltanto quelli che appaiono come tumori macroscopicamente distinti.

Secondo Keitler si hanno queste possibilità patogenetiche:

1) il tumore proviene da *una matrice unica* è diventa dimorfo per *metaplasia* delle cellule cancerose;

2) il tumore proviene nello stesso tempo da *due specie di epiteli;*

3) l'accrescimento neoplastico proviene da *cellule indifferenti* le quali secondariamente maturano in due *diverse direzioni.*

Il maggior interesse è attribuito da Keitler a quelli del secondo gruppo dei cancri doppi con una *dimorfia epiteliale primitiva*, come quelli da epitelio piatto e cilindrico, ciò che può avvenire nella porzio, nel cardias, nell'ano oppure per eterotopia epiteliale. Vi sono dei casi in cui si ha un adenocancroide che può essere spiegato coll'ammettere un'insorgenza pluricentrica.

L'A. ha avuto occasione di studiare un caso di cancro doppio del laringe operato con laringectomia nel quale una parte aveva struttura di cancro ghiandolare ed un'altra struttura di cancroide. Il tumore anche nei punti comuni ove i due tipi cellulari erano mischiati lasciava distinguere le specie cellulari e può denominarsi un adenocancroide.

Si può domandare se la proliferazione è iniziata dalla mucosa oppure dalle cellule basali dell'epitelio di rivestimento. L'A. crede che non si tratti di due sorgenti differenti ma che i due cancri derivino da una medesima specie cellulare, dalle cellule epiteliali del tratto respiratorio. Le cellule sotto uno stimolo cancerogeno si sono differenziate in due direzioni diverse.

R. BRANCATI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

CALLOMON. *Die nichtvenerischen Genitalerkrankungen.* Leipzig, Thieme, 1928, pp. VIII-204. II edizione.

Una buona guida per il medico pratico nelle svariate affezioni dei genitali esterni, che non si possano mettere in costante rapporto patogenetico con i contatti sessuali, è rappresentata da questa nuova edizione di un lavoro che, pubblicato or sono quattro anni, ebbe già favorevole accoglienza dal pubblico medico.

L'A. prende in considerazione anzi tutto le dermatosi in genere (micosi, zoonosi, prurito anogenitale, condilomi acuminati, mollusco contagioso, erpete), indi le forme ulcerose non veneree, le infezioni croniche (tubercolosi), i tumori maligni, l'estiomene. Le rimanenti affezioni non veneree del ghiande, del prepuzio, della vulva (balaniti, fimosi, vulviti, kraurosis vulvae ecc.), quelle dell'uretra, dei corpi cavernosi, delle ghiandole del Cooper e del Bartolini, del testicolo e dell'epididimo, dell'apparato linfatico dei genitali

sono l'argomento degli altri capitoli, ai quali tien dietro una copiosa bibliografia ed un ampio indice alfabetico.

Lo scopo di descrivere queste affezioni, da un lato con speciale riguardo alla diagnosi differenziale con le malattie veneree propriamente dette; dall'altro mettendo in evidenza le particolarità cliniche che comuni affezioni, specialmente le cutanee, sogliono presentare quando si localizzino sui genitali, può dirsi pienamente riuscito, tanto più che l'A. non manca quasi mai di riassumere con brevi tratti i caratteri generali delle affezioni stesse e raffrontarli con quelli che assumono quando si manifestano in queste speciali regioni.

L'esposizione chiara ed ordinata, se pure qualche volta un po' sommaria, sfrondata da eccessive minuzie morfologiche e la modernità dei concetti per quel che riguarda l'etiologia di alcune malattie (herpes, mollusco contagioso) sono i pregi essenziali di questo trattato nel quale i lavori Italiani, alcuni almeno fra i più importanti, sono posti nel loro giusto rilievo e ricordati o nel testo o nella bibliografia.

Buone figure, di cui alcune a colore, adornano questo libro che sarà certamente utile ai medici pratici ed agli stessi venereologi per la giusta interpretazione dei casi dubbii che tante volte si presentano nell'esercizio della specialità.

V. MONTESANO.

S. QUESADA. *Sifilis controlable*. Vol. di pag 264. Morata, Madrid, 1928.

Dopo brevi note sintetiche sull'origine, sulla patogenesi e sulla evoluzione della sifilide, l'A. inizia la trattazione col riportare le varie divisioni finora proposte dell'infezione, in parte basate sui dati di laboratorio, in parte secondo il criterio dei diversi autori.

L'A. si dichiara però favorevole alla classificazione clinica e su questa base tratta dettagliatamente i tre periodi dell'infezione luetica.

La descrizione esatta, chiara ed ordinata delle manifestazioni cutanee e mucose, le note interessanti, benchè brevi, di sifilografia viscerale, il capitolo utilissimo dal punto di vista pratico, della tecnica, lo studio completo dei medicamenti antisifilitici, sono veramente degni di considerazione e rivelano il valore scientifico e a volte anche pratico di questo piccolo libricino.

A. POZZI.

W. KRANTZ. *Lues congenita tarda*. Un vol. in-8° di pag. 60, con 46 fig. Urban & Schwarzenberg, ed., Berlin, 1928. Prezzo M. 4.

Le manifestazioni tardive della sifilide congenita, che vanno sotto il nome di lues congenita tarda, compaiono verso il 4°-5° anno e corrispondono, nei loro caratteri generali, a quelle terziarie della sifilide acquisita. L'A. le descrive bene, col sussidio di numerose e dimostrative fotografie, accennando brevemente alle malattie del sistema nervoso e soffermandosi specialmente sulla conformazione del viso, del naso, sulle anomalie dentarie di Hutchinson e Fournier, sulle anomalie delle ossa e delle articolazioni. Libro di giusta mole per l'argomento, che è trattato dall'A. con chiarezza ed efficacia.

fil.

V. SCHEIKEVITCH. *Suis-je syphilitique?* Un volume in-16°, di 199 pag. Librairie méd. Le François, Paris, 1928. Prezzo Frs. 10.

L'A. espone in questo libro, con stile vivace e chiaro, i rapporti della sifilide con i più svariati disturbi della salute e mostra la frequenza della sifilide ereditaria e di quella acquisita ed i pericoli individuali e sociali che ne derivano.

Libro indubbiamente utile, al pari del grosso volume di C. Martelli: « La sifilide ignorata e strana » che, con più larga documentazione, mira anch'esso a mettere il medico sull'avviso di pensare alla sifilide in molte malattie ed anomalie organiche che generalmente non sono sospettate di origine sifilitica.

Ma, anche in questo campo, non bisogna esagerare, poichè altrimenti si corre il pericolo di cadere facilmente nella sifilofobia e di vedere dei medici giudicare senza discriminazione come sifilitici degli individui che non lo sono affatto, di imporre delle cure antiluetiche a questo ed a quello soltanto perchè hanno qualche deformazione cranica o dentaria o perchè la moglie ha avuto un aborto.

Ne quid nimis, dunque. Anche riconoscendo la immensa importanza che la sifilide ha nella patologia, si devono leggere questi libri (che d'altra parte sono molto utili poichè scoprono campi ignorati fino a pochi anni or sono) con grande senso critico ed applicarne i principii vagliando accuratamente i dati caso per caso, al lume della esperienza clinica.

fil.

A. POZZO. *Il pericolo Neisser. Conseguenze e cura della blenorragia*. Un vol. in-16°, di 156 pag. con 21 fig. e 2 tavole. Casa ed. Sonzogno, Milano 1927. Prezzo L. 5.

È un buon libro di propaganda, che mette in guardia i profani dai pericoli gravi che può presentare la blenorragia a cui pur troppo volgarmente si dà poca importanza; indica i grandi danni che può portare e dà opportuni consigli per la profilassi e la cura.

Esposizione chiara, efficace e convincente.

fil.

H. MONDOR. *Les artrites gonococciques*. Vol. in-8°, di 528 pag., con 121 fig. Masson e C., Paris, 1928. Fr. 70.

È il primo studio completo ed esteso su questo importante argomento. Dopo un breve riassunto sulla discussione, che si ebbe a suo tempo fra i vari autori per la denominazione di questa affezione (reumatismo blenorragico, artrite blenorragica, tumor bianco blenorragico) l'A. si addentra nello studio dell'etiologia, dimostrando come gran parte delle attuali conoscenze siano dovute al perfezionamento delle tecniche di laboratorio, le quali permettono oggi di isolare ed anche coltivare il gonococco.

Successivamente l'A. tratta dell'anatomia patologica, sia micro- che macroscopicamente, quindi passa allo studio clinico della affezione, sempre mantenendo un carattere di assoluta praticità.

Nel capitolo della prognosi, l'A. richiama sopratutto l'attenzione sopra la più frequente complicazione a verificarsi: l'anchilosi, insistendo sulla necessità di una pronta ed esatta diagnosi, per evitare al paziente questo ed altri possibili danni.

Molto esteso è il capitolo della terapia: in esso per tutte le cure è descritta la tecnica ed i risultati giudicati e discussi.

Numerosissime figure, in gran parte originali, illustrano il libro, che è degno di attenzione anche per la bella veste con la quale l'editore lo presenta.

A. POZZI.

CONFERENZE.

Concetto e patogenesi della gotta.

Conferenza tenuta dal prof. WINTERNITZ *all'Associazione Medica Triestina nell'adunanza scientifica del 16 novembre 1928.*

L'O. crede opportuno di riunire nella presente conferenza quanto si sa di più moderno intorno alla patogenesi ed al concetto della gotta.

Per definire bene il concetto di gotta si debbono classificare i fenomeni cosidetti gottosi. Fra le varie classificazioni proposte, quella che meglio serve ai nostri scopi è la seguente:

1) attacco acuto di gotta (gotta acuta);
2) gotta cronica secondaria;
3) gotta cronica primaria.

L'attacco acuto di gotta con sede articolare (monoarticolare o poliarticolare) costituisce un quadro clinico bene definito, sul quale non vi è alcuna discussione. Le discussioni invece cominciano quando si tratta di attacchi acuti di gotta con sede extraarticolare. Gli attacchi acuti di gotta localizzati alle guaine dei tendini sono comprensibili data l'assomiglianza strutturale delle guaine tendinee con le articolazioni.

Anche gli attacchi acuti di gotta con sede al padiglione dell'orecchio (come quelli descritti da Graves e Harwy) sono facilmente comprensibili data la frequenza con cui il padiglione dell'orecchio è colpito da tofi gottosi. Più difficilmente comprensibili sono gli attacchi acuti di gotta localizzati alla mastoide (come quelli descritti dal Marx) confondibili con una mastoidite acuta. Sono stati descritti anche attacchi acuti di gotta oculare (Galle, Halaschnikow, Krückmann), caratterizzati da insorgenza acuta, fortissima dolorabilità dei bulbi oculari, anche ai minimi movimenti della testa, chemosi fortissima, iperemia del bulbo oculare. Questi attacchi acuti di gotta oculare non devono confondersi con la episclerite periodica transitoria, cui vanno soggetti facilmente i gottosi cronici; ma possono invece essere confusi col glaucoma acuto. Ad ogni modo il Krückmann crede di poter escludere per i suoi 6 casi il glaucoma acuto e afferma essersi trattato di attacco acuto di gotta con sede oculare.

Il Deglos ha descritto attacchi acuti di gotta con sede parotidea.

L'Illgès ha descritto un caso di attacco acuto di gotta con sede renale. Si trattava di un soggetto che accusava attacchi dolorosi a carico di un rene, per cui l'A. si trovò indotto a procedere ad un atto operativo. Messo allo scoperto il rene, egli notò una perinefrite fibrosa uratica riconoscibile dai cristalli di acido urico, che egli vide alla superficie del rene. Faccio subito notare che questi attacchi acuti di gotta con localizzazione renale devono essere tenuti bene distinti da altri fatti a carico del rene in rapporto con l'acido urico.

Dobbiamo distinguere l'attacco acuto di gotta renale dalla diatesi litogena renale (la calcolosi renale); e dobbiamo inoltre distinguere la gotta renale e il rene gottoso, intendendosi per gotta renale una forma di gotta la cui origine risale al rene primitivamente alterato e per rene gottoso le alterazioni che l'iperuricemia ingenera nei reni originariamente sani.

I casi più singolari di gotta acuta extraarticolare sono quelli meningei e quelli cerebrali (Glis).

In tutti questi casi di gotta extra articolare prima di ammettere come giusta la diagnosi dobbiamo accertarci che non si tratti di altra forma morbosa e che il malato presenti altri sintomi indubbi di gotta.

Per gotta cronica secondaria s'intende l'assieme delle alterazioni morbose, articolari, viscerali, cutanee, ecc., che si formano in un individuo il quale sia colpito da ripetuti attacchi di gotta acuta. Caratteristici di questo stato i grossi tofi gottosi, che possono anche suppurare e fistolizzarsi.

Importanti sono le alterazioni viscerali sopratutto quelle cardio-arterio-renali, che indicano la gravità del caso e che producono nella maggioranza degli ammalati l'esito letale.

Le alterazioni renali — il rene gottoso — consistono in una distruzione della parte corticale del rene, sopratutto dei glomeruli, per cui si viene ad avere un rene grinzo simile a quello genuino, con conseguente ipertensione arteriosa e ipertrofia del cuore.

Il fegato nei gottosi si presenta molto spesso ingrossato. La cute è colpita frequentemente da eczemi, urticarie, ecc.

La difficoltà e le controversie cominciano quando si deve parlare della gotta cronica primaria.

Per gotta cronica primaria si intende uno stato morboso in cui gli attacchi acuti di gotta mancano e in cui tutte quelle manifestazioni, che nella gotta cronica secondaria formano in certo modo la decorazione di contorno del quadro clinico, entrano sul primo piano della scena e costituiscono per sè tutta la malattia.

Il Virchow richiamò nel 1884 per primo l'attenzione degli studiosi sulla grande frequenza di casi di gotta in cui mancano gli attacchi acuti, così caratteristici per questa malattia.

In seguito questa idea venne svolta dal Lecorché in Francia e dallo Haig in Inghilterra.

Per opera di questi due autori la patogenesi uricemica venne allargata a moltissime malattie ed ai più svariati disturbi, portando qualche « inflazione dell'acido urico » — come la chiama il Ceconi — che dura in parte tuttora.

Una reazione si ebbe in Germania sopra tutto da parte di His e di Gudzent, mentre il Goldscheider e il Lichtwitz aderirono parzialmente alle idee di Haig e di Lecorché.

Attualmente la dottrina della gotta cronica primaria si può riassumere secondo il Goldscheider come segue:

La turba gottosa è molto frequente e si presenta nelle più svariate modalità. L'attacco gottoso e la gotta cronica secondaria ne rappresentano soltanto il tipo più manifesto, che si trova però nella minoranza dei casi e in cui il momento diatesico risalta maggiormente.

Nella gotta cronica primaria, che è una forma più blanda della gotta, non si tratta sempre di una vera diatesi, ma piuttosto di errori dietetici e di una scarsa rispondenza del metabolismo organico alle esigenze del regime di vita del soggetto e di scarso consumo di energia.

La conseguenza di queste manchevolezze è data da quadri clinici simili a quelli della gotta tipica con assenza però di attacchi acuti di gotta.

Le manifestazioni della gotta cronica primaria si suddividono in:

1) manifestazioni articolari;
2) manifestazioni muscolari;
3) manifestazioni nervose;
4) manifestazioni viscerali;
5) manifestazioni cutanee.

Le manifestazioni articolari sarebbero caratterizzate secondo il Goldscheider dal fine crepitio endoarticolare e dalla presenza dei piccoli tofi gottosi.

Il fine crepitio endoarticolare starebbe al grosso crepitio dell'artrite gottosa cronica secondaria, come i rantoli crepitanti dello stadio iniziale della polmonite ai rantoli a grosse bolle della bronchite.

I piccoli tofi gottosi ritroverebbero con facilità nelle sedi di elezione (borsa olecranica, bassa mucosa sotto cutanea prepatellare, regioni malleolari e regione sacrale).

È da notarsi che il Gudzent, il quale praticò varie volte la biopsia di detti noduli, non vi riscontrò mai la presenza di acido urico, per cui egli nega il loro valore probativo per la diagnosi di gotta. In opposizione a questo autore il Lichtwitz e gli altri fautori della gotta cronica primaria affermano che nei noduli in discussione l'acido urico era originariamente contenuto e che il riassorbimento avvenne in via secondaria.

L'importanza e la difficoltà della diagnosi precisa di gotta articolare cronica primaria risulta meglio quando si considerino le artriti croniche nel loro insieme.

Se nello studio delle artriti croniche prescindiamo dalle forme luetiche, da quelle tubercolari, dalle gonorroiche, perchè di concetto bene definito di diagnosi relativamente facile, purchè vi si indirizzi il pensiero, e se escludiamo dalla nostra considerazione anche la osteoartrite deformante, che è sempre una monoartrite od una oligoartrite (tipo « malum coxae senile ») allora rimangono due grandi gruppi di artriti croniche e precisamente le forme gottose e quelle cosidette reumatiche. Questi due grandi gruppi possono essere suddivisi ulteriormente in due sotto gruppi, che presentano fra di loro una certa corrispondenza. Ecco come si presenta lo schema delle artriti croniche in parola.

Le artriti gottose croniche vanno distinte in quelle secondarie e in quelle primarie, che si differenziano per il fatto che sulle primarie manca qualsiasi attacco acuto di gotta.

Le artriti reumatiche croniche si distinguono alla loro volta in quelle dovute a successive poussées di reumatismo articolare acuto e subacuto e in artriti primitivamente croniche in cui il fatto acuto manca assolutamente. Dico subito, che l'eziologia di queste forme reumatiche primitivamente croniche non è sempre sicuramente « reumatica » vale a dire costituita da fattori perfrigeranti, ma che si ammettono per singole forme altri momenti causali, come infezioni generali o locali (come ad esempio la sepsi orale), turbe endocrine (tiroidee: Rothschild e Lery; genitali: Wiesel), fenomeni in dipendenza del neurotrofismo.

Mentre le forme secondarie sia delle artriti gottose, che di quelle reumatiche si lasciano bene differenziare sopra tutto in base ai dati anamnestici, le forme primarie (primitivamente croniche) delle artriti gottose e di quelle reumatiche presentano gravi difficoltà alla loro differenziazione, perchè ambedue producono dolori, immobilità, anchilosi, edemi periarticolari, deformazioni, sublussazioni.

Sono stati proposti criteri diagnostici differenziali. Forte edema periarticolare parlerebbe per origine gottosa, mentre nelle forme cosidette reumatiche si avrebbe piuttosto deformazione senza rilevante tumefazione. Il dorso della mano apparirebbe rigonfio nella gotta e depresso (per

atrofia dei m. interossei) nella poliartrite reumatica (Lichtwitz).

Inoltre si rileverebbe nella forma gottosa mancanza di uniformità e irregolarità del quadro morboso di fronte a quello del reumatismo cronico: in questo si avrebbero parecchie articolazioni colpite contemporaneamente ed alterate in modo uniforme, nella gotta asimmetria delle articolazioni colpite.

L'esacerbazione notturna dei dolori sta in favore della forma gottosa (Ortner).

Una grande importanza decisiva assume la presenza di tofi gottosi. In assenza di tofi gottosi la diagnosi clinica essendo piena di incertezze, vari autori andarono alla ricerca di segni radiologici, atti a differenziare le forme gottose da quelle cosidette reumatiche. Huber, Harley, Potain e Serhenesko descrissero come caratteristica delle forme gottose la presenza di zone chiare rotondeggianti nella compagine delle ossa.

Queste cisti ossee costituirebbero dei veri tofi ossei con deposizione di urato monosodico trasparente ai raggi Röntgen e riassorbimento dei sali di calcio.

Però dagli studi di Krebs, Amelung e Schmidt risulta che queste zone chiare possono trovarsi, sebbene con minor frequenza, anche in tipici processi di reumatismo articolare, per cui la loro importanza diagnostica ne viene infirmata.

Risulta da quanto esposto che la diagnosi sicura di gotta articolare primitivamente cronica può essere quanto mai difficile.

Passando a considerare le manifestazioni mialgiche della gotta cronica primaria devo riferirmi allo studio dell'Alexander sull'eziologia della gotta nelle nevralgie e mialgie. (*Med. Klinick*, 1923, n. 12).

I pareri dei vari autori in rapporto alla gotta come causa di mialgie sono molto discordanti.

Le mialgie gottose sarebbero legate alla presenza di tofi gottosi endomuscolari (Brugsch, Umber). Umber avrebbe riscontrato radiologicamente i tofi nei muscoli della nuca e dei lombi.

La dimostrazione clinica dei tofi intramuscolari non è stata mai portata e nemmeno si potè mettere in evidenza un'alterazione del metabolismo in soggetti affetti da mialgie (A. Schmidt).

Da ciò si può concludere, che mialgie potranno forse essere riferite alla fotta, quando questa malattia sia manifestamente presente in un soggetto, ma che in assenza di sintomi sicuri di gotta solamente in base alla mialgia non si potrà fare una diagnosi di uricemia.

Nella questione delle nevralgie gottose si può essere ancora più espliciti. Neuriti e polineuriti gottose non furono mai dimostrati con sicurezza. L'Alexander su centinaia di casi di nevralgie del trigemino non ha riscontrato nessun gottoso. Lo stesso può dirsi per la sciatica.

Per le forme viscerali della gotta atipica (tumefazioni del fegato, alterazioni cardiorenali) la dimostrazione eziologica è ancora più difficile a portarsi.

Particolare interesse rivestono le alterazioni cutanee in rapporto alle alterazioni del ricambio possono dividersi in due grandi gruppi: le dermatosi obbligate e le dermatosi facoltative. Il tofo cutaneo è l'unica dermatosi obbligata per la gotta, mentre l'eczema o l'urticaria sono dermatosi facoltative non solo per la gotta, ma anche per altre malattie.

La loro presenza può essere messa in rapporto con uno stato gottoso solamente se questo è bene manifesto per altri sintomi, mentre costituirebbe un errore di logica l'affermare l'esistenza della gotta dal rilievo di un'urticaria.

Davanti a questi dubbi diagnostici in pratica si ricorre al sondaggio dell'acido urico nell'orina e si ritiene, purtroppo da parte di molti medici, che una iperuricuria costituisca un sintomo sicuro di gotta.

Vedremo ora dallo studio della patogenesi della gotta quale errore sia insito in questa credenza. L'acido urico è il prodotto terminale del ricambio dei nucleoproteidi e più particolarmente dal loro gruppo prostatico: l'acido nucleinico.

L'acido nucleinico o meglio i vari acidi nucleinici sono costituiti da 3 elementi essenziali:

1) acido fosforico;
2) uno zucchero (ribosio, esosio, glucal);
3) una base purinica (adenina, guanina, xantina, ipoxantina, oppure una base pirimidinica (citosina, timina, uracile).

Le basi puriniche, rispettivamente pirimidiniche, si trasformano per opera di fermenti in acido urico. Nell'organismo umano l'acido urico costituisce il prodotto terminale di queste sostanze, mentre nel cane si ha una ulteriore trasformazione in allantoina (il diureide dell'acido gliossilico).

In quale punto di questo complicato ingranaggio avviene il guasto che porta poi alla comparsa della gotta?

Tre teorie si contendono la spiegazione; esse sono legate ai nomi di Schittenhelm, Tannhauser e Gudzent.

Tannhauser e Schittenhelm ammettono entrambi, che la causa delle manifestazioni gottose sia data dalla iperuricemia, ma divergono nella genesi di questo fenomeno. Mentre il Schittenhelm fa derivare l'iperuricemia da una insufficente uricolisi, il Tannhauser la spiega con una deficente eliminazione da parte dei reni.

Secondo lo Schittenhelm l'acido urico non è il prodotto terminale del ricambio dei nucleoproteidi ma soltanto un prodotto intermedio, che per opera di fermenti uricolitici viene ulteriormente decomposto e trasformato in allantoina analogamente a quanto avviene nei cani. L'esperienza fondamentale dalla quale è partito lo Schittenhelm per fondare il suo asserto può riassumersi come segue: Quando si somministrano ad un individuo delle nucleine, non si riscontra nelle orine la quantità chimicamente corrispondente di acido urico. Il *deficit* di acido urico può essere spiegato solamente in due maniere; o con una distruzione parziale oppure ammettendo una ritenzione. Siccome, caricando dei morituri con nucleine,

si ritrova all'autopsia l'acido urico soltanto in minima parte nei vari organi, così il Schittenhelm ha creduto di dover concludere che l'acido urico deficente è stato distrutto.

Particolarmente per opera di Tannhauser e della sua scuola sono state messe in evidenza le manchevolezze della teoria di Schittenhelm.

In primo luogo l'allantoina si riscontra soltanto in quantità minima nell'orina umana, mentre l'acido urico si trova in quantità rimarchevoli.

Allo Schittenhelm è sfuggito inoltre il fatto importante che l'acido urico liberatosi dalle nucleine per opera dei fermenti digestivi, subisce nel lume intestinale un processo di lisi dovuto alla flora batterica intestinale, per cui il *deficit* che si verifica fra acido urico ingerito e acido urico eliminato rimane così giustificato. Infine non è stato mai dimostrato il fermento uricolitico nei tessuti umani. La teoria del Tannhauser costituisce un ritorno alle idee del Garrod, il quale fin dal 1848 sosteneva, che la gotta dipende almeno in parte da un arresto della eliminazione dell'acido urico attraverso i reni, questi essendo colpiti verosimilmente fin dall'inizio, la lesione essendo allora forse soltanto funzionale, più tardi invece anche organica.

Lo sviluppo moderno della teoria per opera del Tannhauser fu reso possibile per i lavori del Lichtwitz al quale, notoriamente, risale la dottrina delle funzioni parziali del rene.

Secondo il Tannhauser si deve distinguere la gotta primitiva costituzionale in cui mancano sintomi di lesione renale universale, dalla gotta secondaria che è la conseguenza di un'affezione renale cronica.

In base a questa concezione il Tannhauser ritiene giustificata la diagnosi di gotta, quando un'affezione articolare è congiunta ad iperuricemia (oltre 4 mmg. % del siero) con ipouricuria (meno di 50 mmg. %) .

Per il Gudzent la gotta non è necessariamente congiunta ad iperuricemia. La deposizione di acido urico nei tessuti — i tofi gottosi — sarebbe dovuta ad una maggiore affinità di questi per l'urato monosodico; questo fenomeno prende il nome di uratoistechia.

L'accesso dolorifico gottoso non sarebbe, come generalmente si crede, in dipendenza della precipitazione dell'urato monosodico in seno ai tessuti, ma costituirebbe invece l'espressione di una ipersensibilità verso sostanze introdotte come cibi nell'organismo. La reazione allergica, che sarebbe dunque il substrato dell'accesso gottoso, verrebbe scatenata da sostanze diverse secondo gli individui, le regioni, le reazioni, e così spiegherebbe il divario fra gli autori nordici che sconsigliano la carne e il Cantani che mette in guardia dal latte e dal pomodoro e lascia libera la razione carnea.

L'asma bronchiale, l'urticaria, gli eczemi che tanto spesso si trovano riuniti nella persona o nella famiglia del gottoso, rispecchiano lo stato di ipersensiblità che si trova nella costituzione del malato e non sono già, come molti sostengono, una conseguenza dell'iperuricemia.

Dalla disamina delle teorie del diabete si rileva in primo luogo che la patogenesi di questa malattia è tuttora incerta, ma oltre a questa constatazione scientifica emerge anche una nozione pratica e precisamente che non è lecito di fare delle deduzioni diagnostiche da rilievi quantitativi dell'acido urico nel sangue e nell'orina.

Infatti il Gudzent afferma esservi gotta senza iperuricemia e iperuricemia senza gotta; seguendo la teoria dello Schittenhelm, l'iperuricemia congiunta ad iperuricuria sarebbe caratteristica per questa malattia, mentre secondo il Tannhauser si dovrebbe avere iperuricemia con ipouricuria.

Infine la renella, considerata da molti medici come sintomo di gotta, sarebbe per il Tannhauser addirittura impossibile in questa malattia. Lo stesso si dica della diatesi litogena renale uratica.

La conclusione di tutte queste considerazioni è che la diagnosi di gotta è giustificata, quando si riscontrano attacchi acuti dolorifici oppure veri tofi e che in assenza di questi sintomi sicuri la diagnosi deve essere posta soltanto, quando tutte le risorse di indagine clinica hanno dimostrato, che non può trattarsi di altra forma morbosa.

RONCALI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Italiana di Pediatria.

Sezione Emiliana Marchigiana.

(Bologna, 14 ottobre 1928).

L'adunanza ha avuto luogo nella Clinica Pediatrica di Bologna, sotto la presidenza del direttore di questa prof. Francioni e dei professori Cozzolino (direttore della Clinica Pediatrica di Parma) e Simonini (direttore della Clinica Pediatrica di Modena).

Sopra un caso di empiema guarito con le iniezioni intrapleuriche di taurocolato sodico.

ARTUSI (Bologna). — L'O. ha usato una soluzione al 10 %, di cui iniettava ogni volta 10 cmc. dopo l'estrazione del pus.

Contributo statistico alla conoscenza delle meningiti pfeifferiane.

BALDUCCI (Bologna). — L'O. riferisce su 21 casi di meningite Pfeifferiana osservati nella Clinica Pediatrica di Bologna dal 1903 al 1928.

Reazione di Darany nell'infanzia.

CARBONARA (Modena). — Dalle sue ricerche l'O. conclude che la labilità colloidale del siero non è in rapporto con la salute, con l'età o con la eventuale positività della Wassermann dei bambini.

Sopra alcune complicanze da vaccinazione jenneriana.

COLÒ (Modena). — L'O. riporta un caso di esantema vaccinale generalizzato, due enterocoliti post-vaccinali, e due poliomieliti consecutive a vaccinazione jenneriana.

Sulle encefaliti vacciniche.

MALOSSI (Bologna). — Riporta un caso di encefalite insorta in 10ª giornata di vaccinazione ed un caso di poliomielite comparso in 15ª giornata di vaccinazione, due giorni dopo lo sfebbramento: invoca per i due casi, due diversi meccanismi patogenetici (per il 1° azione diretta del virus vaccinico, per il 2° minore resistenza al virus poliomielitico).

Segue una viva discussione sulla questione delle complicanze della vaccinazione, alla quale prendono parte i soci FRANCIONI, RAVENNA, FINIZIO, GAMBARA, COZZOLINO, NIZZOLI, SIMONINI, PIRAMI, DE TONI, POPPI, CARBONARA. Il prof. FRANCIONI chiude la discussione rilevando come le complicanze nervose della vaccinazione non abbiano un'origine unica: in certi casi la vaccinazione si comporta come una malattia infettiva aprendo la strada a germi morbosi latenti e inattivi; in altri casi è necessario ammettere un'azione diretta del virus vaccinico, occasionata dalla sua eccessiva virulenza, o da una deficiente resistenza del vaccinato. Il problema merita ampio studio, e l'O. perciò formula il voto che esso costituisca tema di relazione per un congresso della Società Italiana di Pediatria. L'assemblea approva unanime che tale voto sia formulato.

Sindrome adiposo-genitale postencefalitica.

COZZOLINO (Parma). — Interessante caso riguardante un bambino di 8 anni, in cui la sindrome adiposo-genitale comparve un anno dopo l'encefalite; ritiene che entrino in gioco anche alterazioni ipofisarie prodotte dal virus encefalitico.

Eritrocituria minima.

DAZZI (Parma). — Nel morbo di Barlow non esistono importanti variazioni del quadro ematologico. L'O. non ha riscontrato mai eritrocituria minima.

La funzione renale dei bambini con tonsille ipertrofiche.

DE TONI (Bologna). — Ricerche eseguite su bambini, le cui tonsille venivano poi esaminate istologicamente dal dott. Busacca. L'O. conclude che non vi è un rapporto sicuro tra le lievi alterazioni funzionali renali che in qualche caso si trovano e l'entità del reperto anatomo-istologico.

Basi guanidiniche nelle urine.

FANTON (Modena). — L'aumento della guanidina urinaria, dimostrata dall'O. mostra che nel Barlow esistono turbe profonde del metabolismo.

Nuovo metodo di prevenzione e di cura dell'idrocefalo.

FRANCIONI (Bologna). — L'O. contemporaneamente ed indipendentemente dal Flatau, che ha di recente trattato questo medesimo argomento, ha sperimentato sui bambini idrocefalici la röntgenterapia cranica profonda; i risultati sono stati assai confortanti; anche a distanza di oltre un anno, non si sono avute recidive. L'O., oltre all'azione sui plessi coroidei, pensa che la cura agisca anche sull'ipofisi, la quale probabilmente ha influenza oltre che sul ricambio idrico generale, anche sulla circolazione del liquor.

La ultravioletterapia nei postumi di affezioni broncopolmonari dei bambini.

GAMBARA (Parma). — Questo metodo di cura secondo l'O. è preferibile a tutte le altre rivulsioni locali, ed è il più efficace nelle forme protratte.

Le alterazioni del liquor del tipo di Froin.

LARINI (Bologna). — Riporta 4 casi clinici in cui fu osservato il liquido del tipo Froin (meningite tubercolare, meningite meningococcica, meningite pfeifferiana, e pachimeningite spinale emorragica) e fa considerazioni patogenetiche.

Immunità a base batterica.

NIZZOLI C. (Modena). — L'immunità del lattante al seno verso le affezioni gastro-enteriche sarebbe dovuta ad un bacillo presente nell'intestino di questo, dotato di proprietà bacteriofaghe.

NIZZOLI A. (Modena). — Nelle enteriti ebbe buoni risultati terapeutici, somministrando per os culture del germe di cui sopra.

Sul ph del sangue determinato col metodo potenziometrico.

PACHIOLI (Bologna). — Il ph del sangue dei bambini, misurato col potenziometro, normalmente è di 7.355, e si mantiene pressochè inalterato negli stati morbosi.

Modiche piressie nei bambini.

ROSSI G. (Rimini). — Nei bambini inviati alle cure marine si osservano con grandissima frequenza all'inizio della cura lievi e brevissime febbricole, che l'O. ritiene dovute alle diversità di stimoli climatici cui i bambini sono sottoposti.

Diagnosi precoce della polmonite apicale.

SIMONINI R. (Modena). — Nelle polmoniti apicali, l'O. ha osservato la presenza di un punto doloroso alla pressione, generalmente omologo, talvolta anche bilaterale, situato sotto il lobulo dell'orecchio, all'estremo superiore della mandibola ed al davanti della mastoide. L'O. dà anche di questo segno l'interpretazione patogenetica.

I bacilli di Löfler nel naso dei lattanti sani.

VINANTI (Bologna). — Nei lattanti sani, vi è il 10 % circa di portatori del bacillo di Löffler. I bambini colpiti dalla difterite presentano molto spesso concomitanti lesioni piodermitiche da germi piogeni. I bambini colpiti da piodermiti, presentano quasi sempre una Schick positiva, indice di recettività per la difterite.

ROSSI L. (Modena). — Studio sulle modificazioni fisico-chimiche che presentano le albumine con l'irradiazione.

VALENTINI (Modena). — Caso di gliosarcoma del verme cerebellare in un bambino di 12 anni.

G. DE TONI.

Società di Coltura Medica Novarese.

Adunanza del 1° ottobre 1928.
Presidente: Prof. MARIO ARTOM.

Funzionamento degli Ospedali Scandinavi.

Prof. M. PONZIO. — L'O. reduce dal Congresso Internazionale di Radiologia di Stoccolma espone le considerazioni sulle visite fatte ai diversi ospedali della Svezia, della Norvegia e della Danimarca.

L'enterocolite follicolare della prima infanzia.

Dott. PIERO FORNARA. — L'O. descrive questa forma come esempio delle vere enteriti a carattere infiammatorio e di natura certamente infettiva che si presenta spesso epidemicamente nei lattanti; si sofferma sovratutto sulla forma pseudo-tifosa che ha un decorso febbrile di 10-15 giornate, sulla forma ipertermica a decorso rapido, sulla forma dissenteriforme, sulle forme con successione di sintomi coleriformi. Discute sulle caratteristiche cliniche ed anatomiche a queste forme, ma sovra tutto sul valore del reperto dell'iperplasia dei follicoli intestinali. Accenna ai reperti batteriologici trovati dagli altri autori e da lui e termina coll'accennare alla terapia di tali forme consigliando sovratutto una cura di vaccinoterapia e di clisteri di yatren 105.

In discussione coi dottori SECCHI e DE BENEDETTI discute sulla diagnosi differenziale di queste forme con le dispepsie semplici (da danno alimentare) e con le esistenti specifiche.

Epidemia ospitaliera di eritema polimorfo.

M. ARTOM. — Nella Sezione Dermopatica femminile dell'Ospedale Maggiore di Novara entrò nell'aprile 1928 una donna affetta da eritema essudativo multiforme. Essa fu ricoverata in una sala per le forme cutanee acute, ove erano altri 11 letti di cui 8 occupati da altri pazienti.

Nei sei giorni successivi comparve in 4 delle pazienti degenti nella sala ospitaliera una identica forma di eritema polimorfo; restarono immuni due bambine rispettivamente di 3 e di 5 anni e due vecchie rispettivamente di 71 e di 82 anni.

La forma morbosa era preceduta da un periodo prodromico di 24-48 ore durante la quale si aveva uno stato subfebbrile, poi bruscamente si iniziava la forma cutanea accompagnata da brividi; la temperatura raggiungeva i 39°-40°; l'esantema durava da 4 a 12 giorni ed era seguito da desquamazione furfuracea di intensità e di durata variabile; durante l'eruzione si aveva angina semplice, dolori articolari qualche volta accompagnati da rossore e tumefazione delle articolazioni.

L'O. discute sulla questione dell'esistenza di una forma di eritema polimorfo primitivo da distinguersi dalle forme secondarie, sintomatiche della stessa malattia.

Tratta poi del problema eziologico ricordando la disparità dei reperti batteriologici dei vari autori, reperti che non furono confermati in quanto con l'emocultura ripetutamente eseguita nei casi dall'O. osservati non fu mai possibile isolare alcun elemento patogeno.

Gastrite e «gastrostaxis».

Dott. V. DE BENEDETTI (Ivrea). — Espone un caso di melena profusa in un adulto giovane, nel quale all'atto operativo non si trovarono ulcerazioni nè a carico dello stomaco nè a carico del duodeno. Il P. venne operato di resezione e soggiacque in 5ª giornata per ematemesi; all'autopsia si rinvenne una piccola e superficiale exulceratio simplex situata un dito sopra la linea di resezione gastrica. Probabilmente l'ulcerazione era traumatica e dovuta a compressione strumentale. Tutto l'intestino fu accuratamente ispezionato senza che si trovassero altre lesioni.

L'O. riferisce l'opinione del Konjetzny tendente a cancellare dalla nosologia il termine di gastrostaxis, essendo, secondo questo A., la gran parte delle emorragie gastro-duodenali senza ulcus, manifestazione di processi gastritici. Non vi ha dubbio che nella gastrite rientrano la maggior parte delle emorragie descritte sotto il nome di gastrostaxis. Ma resta oscuro il meccanismo per il quale solo pochi casi di gastrite — questa è talora così discreta da essere svelata appena dal microscopio — abbiano la tendenza a sanguinare in modo tanto improvviso e profuso da riuscire qualche volta fatali.

La calcolosi oculare.

Dott. G. LODDONI. — L'O. discute delle alterazioni provocate sull'occhio dal rame accidentalmente penetrato o artificialmente introdotto in esso: esse sono state recentemente sussidiate da ricerche sperimentali in proposito. Nella cornea il rame si deposita sulla Descenut. Nella camera anteriore causa fatti infiammatori gravi. Nel vitreo si ha colliquazione del vitreo e distacco di retina. Nel cristallino si ha formazione della cataratta da rame.

Un caso di dermatite di Duhring.

Dott. L. FERRERO. — Discute su un caso osservato in una donna in cui la dermatite di Duhring aveva l'aspetto dell'epidermofilia, a figure policistiche.

Il caso è migliorato con una cura combinata di iniezioni di cacodilato sodico a forti dosi e di autoemoterapia.

Il Segretario: PIERO FORNARA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Sintomi precoci dell'artrite deformante.

Una diagnosi precoce d'un'artrite deformante può apportare gran giovamento con una cura appropriata, piuttosto che fare una diagnosi allorchè si sono già stabilite le alterazioni dei capi articolari.

O. Gerke (*Mediz. Klin.*, n. 17, 18, 1928) riportando i sintomi precoci, riferisce che grande importanza bisogna dare all'anamnesi, la quale ci farà sapere che i dolori alle giunture si accentuano col cambiamento delle stagioni, e scompaiono nella stagione calda; i dolori dapprima sono più violenti al mattino, in seguito si risvegliano durante la notte; nelle donne sono accentuati dalla gravidanza, dalle mestruazioni; il paziente ha avvertito nel passato rumori di scricchiolio nelle articolazioni ad ogni movimento.

L'esame clinico ci informerà che la stazione eretta prolungata provoca dolore delle articolazioni; i primi passi, dopo un periodo di riposo, sono dolorosi; in corrispondenza delle articolazioni si avvertono scricchiolii provocati dai movimenti dell'arto; vi può anche essere un lieve versamento articolare, che può talora scomparire, per ricomparire più tardi.

Sintomi precoci dell'artrite deformante del ginocchio sono: una lieve atrofia del quadricipite femorale, rilevabile poco al disopra del margine superiore della rotula.

Tale atrofia si può estendere in seguito a tutto il corpo muscolare. I movimenti di estensione sia attivi che passivi sono limitati.

L'artrite deformante dell'articolazione coxofemorale si presenta con una ischialgia, che può durare diversi anni, e con senso di tensione dei muscoli prossimi all'articolazione malata. Queste ischialgie si differenziano dalle vere ischialgie, perchè sono più diffuse, non seguono perfettamente il decorso del nervo, possono non essere dolorose alla pressione, non presentano il sintoma di Lasègue. Comunque bisogna prima escludere una ischialgia da sifilide, tabe, diabete, gotta, alterazioni della colonna vertebrale, nevriti alcooliche, cancro iniziale del retto, affezioni reumatiche ed infettive.

L'artrite dell'anca presenta un lieve zoppicamento, con limitazione dei movimenti, specialmente l'abduzione e la rotazione.

Sintomi dell'artrite della colonna vertebrale sono: facile stanchezza, rigidità nei movimenti, dolori alla regione sacrale. Accessi di lombaggine, che durano a lungo, e non cessano dopo 10-12 giorni, in individui sopra i 40 anni, sono da considerarsi come segni di artrite delle vertebre lombari o sacroiliache.

Le artriti della colonna cervicale e della spalla si presentano con dolori e limitazione dei movimenti; per la spalla si può aver dolore premendo sui fori d'uscita dei nervi nella fossa sottoclaveare.

CARUSI.

Sopra un nuovo sintoma della coxite specialmente per la diagnosi precoce.

Chatzkelson (*Zentr. f. Chir.*, n. 4, 1928) osserva che l'infezione in un dato osso si stabilisce per il deposito di germi circolanti in un punto di minor resistenza ove le ossa sono povere di sostanze chimiche che possano servire di reazione. Nella coxite mancano, per es., i sali di calcio o per lo meno nella parte malata queste sostanze sono in minore quantità che non nella parte sana. Per questa mancanza di tali sostanze noi possiamo avere nella metà del bacino malato un segno molto precoce con la percussione. Questa percussione consiste in una leggiera risuonanza delle due spine iliache a s. Il malato viene posto in decubito orizzontale e si segnano le due spine iliache a. s. e si percuote leggermente col dito medio come con un martello direttamente e immediatamente su questi punti alternando la metà sana con quella malata ottenendo questi risultati: nello stadio iniziale della coxite sentiamo nella metà malata un suono cavernoso, mentre nella spina iliaca sana il suono è più ottuso.

Tale risultato in questo stadio della coxite viene chiamato positivo.

Negli stadi ulteriori della coxite abbiamo un risultato inverso e cioè nella parte malata un suono più ottuso che non nella parte sana. Questo risultato in questo stadio della coxite viene detto positivo inverso. Il segno è stato controllato su 20 casi di coxite.

BR.

CASISTICA.

L' achilia gastrica.

Per porre esatta diagnosi di achilia gastrica, occorre, secondo E. Kohn (*Wien. Klin. Woch.*, n. 34, 1928) praticare, oltre ai consueti metodi di esame, anche la cromoscopia e la reazione con l'istamina.

La cura volta ad influenzare gli apparati nervosi gastrici è in genere senza resultato, e ciò confermerebbe l'opinione dell'A. che si tratti di una forma organica di malattia, per lo meno nell'achilia completa.

Nell'achilia completa, inoltre, si hanno variazioni nel quadro sanguigno, che rammentano quelle dell'anemia perniciosa, senza però che si possano stabilire dei legami sicuri tra le due forme morbose, per quanto anche nell'anemia perniciosa l'achilia sia costantemente presente.

Vi è poi anche una specie di anemia, a tipo secondario, la quale pure decorre con achilia completa.

Per quel che finalmente riguarda il problema della possibilità d'insorgenza di ulcera nello stomaco e nel duodeno dei soggetti con achilia completa, si tratta di un fatto che può escludersi con sicurezza. M. FABERI.

Stenosi pilorica ipertrofica familiare.

Molto ancora si discute sulla cosidetta stenosi ipertrofica congenita del piloro, ma il fatto che se ne osservano casi familiari depone contro la ipotesi che si tratti di una condizione acquisita, accidentale. È nota un'osservazione di 4 bambini affetti da stenosi pilorica congenita in una stessa famiglia, e un altro caso di 2 gemelli, uniovulari, portatori entrambi della detta anomalia.

Questi gemelli erano nati entrambi con presentazione di testa, con una sola placenta, un solo corion e due sacchi amniotici. Un altro bambino, il solo della famiglia, aveva dodici mesi ed era sano.

Strachauer (*Brit. Med. Journ.*, 31 marzo 1928) a sua volta, ha di recente affermato che la stenosi pilorica congenita del piloro è stata osservata in un feto di 7 mesi e in nati morti, il che indica, con grande probabilità, che si tratta di un'anomalia di sviluppo.

Cockayne pensava che la stenosi congenita del piloro fosse una condizione ereditaria a carattere mendeliano recessivo, ma ciò non può essere provato a meno che, oltre la comparsa familiare di essa, non si trovi che la frequenza della malformazione è maggiore nei discendenti da matrimoni tra consanguinei. A. POZZI.

L'ulcera gastro-digiunale.

Rowlands (*Brit. med. Journ.*, 17 marzo 1928) a proposito di due osservazioni di ulcera gastro-digiunale, ricorda come quest'ulcera possa manifestarsi da alcuni giorni fino a parecchi anni dopo una gastro-digiunostomia. Mentre altri autori danno le cifre dell'1,5 % d'ulcera gastro-digiunale consecutiva alle gastroanastomosi, l'A. pensa che la frequenza sia molto più grande.

L'ulcera appare piccola, essenzialmente perforante con grosse reazioni peritoneali viciniori. La sua comparsa si verificherebbe sopratutto nei casi di ulcera duodenale; gli uomini sarebbero più frequentemente colpiti che le donne.

L'ipercloridria, l'ipertonia gastrica, le infezioni croniche nei diversi punti del tubo digerente, la torsione o la malformazione del digiuno, le intossicazioni croniche ed infine gli errori dietetici, subito dopo l'intervento, ne sono le cause più abituali. A. POZZI.

TERAPIA.

Sulla terapia dell'emicrania.

La patogenesi dell'emicrania spesso resta sconosciuta, malgrado le più delicate ricerche cliniche; e tutte le teorie emesse per spiegare le crisi di emicranie, non sono sempre convincenti.

A. Schweitzer (*Gazz. Osped. e Clin.*; n. 38, 1928) intrattenendosi della cura dell'emicrania, aveva notato, come già altri AA., una certa correlazione tra questo disturbo e la funzione endocrina delle ovaie e della placenta.

Il Bohnstedt aveva notato un rapporto tra le cellule interstiziali e l'emicrania, e suppose che le prime durante il loro sviluppo formassero delle tossine emicraniche, incapaci ad essere eliminate dall'organismo. Tali tossine, depositandosi nel cervello, producevano lo spasmo dei vasi sanguigni, con i noti sintomi dell'emicrania.

Partendo da questo concetto, cercò di influenzare l'attività ovarica con il suo antagonista, la placenta; e preparava pertanto un siero placentare, il quale gli dette buoni risultati.

Tale siero, con le modalità suggerite dal Bohnstedt, è stato usato dall'A. in 10 casi di emicrania, con risultato molto favorevole, tanto da considerarlo uno specifico emicranico di sicura e permanente efficacia.

Per ottenere tali risultati, sono sufficienti al massimo 12-14 iniezioni. CARUSI.

Trattamento della nevralgia del trigemino, con il tricloroetilene.

Secondo J. Oljenick (*Jour. A. M. A.*, 13 ott. 1928), in un certo numero di casi di nevralgia del trigemino, si otterrebbero degli ottimi resultati facendo inalare, per parecchio tempo, il tricloroetilene.

Tre volte al giorno cioè il paziente aspirerebbe fortemente 20-25 gocce di tricloroetilene versate sopra ad un pezzo di garza, fino a completa scomparsa dell'odore, ponendo attenzione a non far venire la cute del naso a contatto del liquido.

Talora, rinnovandosi gli attacchi dolorifici, che però hanno intensità minore, la pratica va momentaneamente sospesa. Nella maggior parte dei casi, il sollievo, anche temporaneo, che se ne ottiene, permette al paziente di migliorare le proprie condizioni generali.

Comunque, poichè il tricloroetilene non ha effetto sulle nevralgie della faccia, altro che se

sono di origine dal trigemino, tale trattamento può esser provato anche a scopo di diagnosi differenziale. M. FABERI.

Nel dolore di denti da carie.

Pr.: Mentolo	cg.	50
Cloroformio	g.	3
Laudano	g.	5

Bagnare un batuffoletto di cotone nella soluzione e metterlo nella cavità cariosa. A. P.

VARIA.

L'influenza del sole e della luna sulle nascite.

L'importanza delle influenze cosmiche sui fenomeni biologici in genere e sulla fisiologia e patologia umana va ogni giorno più affermandosi. Le vecchie concezioni astrologiche e ciarlatanesche passate al vaglio della critica scientifica e degli studi positivi vanno conquistando un certo credito. Le mirabolanti scoperte in fatto di radioattività, di onde elettriche, di raggi ultrapenetranti hanno messo in evidenza l'esistenza di energia affatto sconosciute ed insospettate. Quale meraviglia quindi che dagli astri, centri incommensurabili di energie, emanino attività che abbiano influenze sui fatti biologici?

Studi recentissimi hanno posto in rilievo la azione delle macchie solari sulle condizioni fisiologiche, sul decorso delle malattie, sullo sviluppo delle epidemie.

Più recentemente Krafft ha pubblicato un volume sulla influenza del sole e della luna sulle nascite umane.

Pare di essere in piena astrologia, ma Krafft segue in questa sua ricerca un metodo affatto scientifico, lo statistico, l'unico possibile in questo genere di studi.

In verità tali generi di ricerche non sono nuovi. È noto come si sia studiato il comportamento della frequenza delle nascite nelle varie epoche dell'anno (donde si è inferito il contegno dell'estro sessuale nelle varie stagioni) e delle nascite nelle varie ore del giorno, il che tradotto in linguaggio astronomico val quanto dire: le variazioni delle nascite in rapporto alla rivoluzione della terra intorno al sole ed alla rotazione del globo intorno al proprio asse.

Göhlert aveva già dimostrato l'esistenza di un ciclo giornaliero del numero dei parti, con un massimo tra mezzanotte e le quattro del mattino ed un minimum nel pomeriggio.

Krafft ha ripreso questi studi ricercando le variazioni giornaliere dei parti anche per ciascun sesso.

Secondo le sue statistiche il massimo per l'insieme dei due sessi cade tra mezzanotte e le tre del mattino ed il minimo tra mezzogiorno e le quindici.

Per i parti di sesso maschile Krafft ha trovato tre massimi e tre minimi. I primi si verificano tra mezzanotte e le due, verso le sette e verso le diciotto; i secondi verso le sei, le quattordici e le ventidue.

Per i parti di sesso femminile invece si ha una distribuzione più uniforme nelle varie ore del giorno. Ciò farebbe credere che il sole ha un'influenza maggiore sulle nascite maschili.

Gli studi del Krafft sono molto precisi dal punto di vista astronomico, in quanto i suoi dati non sono basati sull'ora ufficiale, ma sulla posizione del sole sull'orizzonte e sul meridiano, posizione che per la medesima ora del giorno varia secondo la latitudine e la stagione.

Per quel che riguarda l'influenza della luna nelle variazioni della frequenza delle nascite Krafft ha trovato che quaranta minuti dopo il passaggio della luna sul meridiano inferiore il numero dei parti dei due sessi diminuisce del 20-50 % della media oraria, e che, invece, dal momento nel quale la luna ha formato con l'orizzonte un angolo di circa 60 gradi il numero delle nascite aumenta notevolmente quasi a compensare fino ad un certo punto il deficit precedente.

La luna quindi con il suo spostamento topocentrico agirebbe come un fattore inibitorio nel fenomeno biologico del parto.

Dopo aver messo in rilievo l'influenza delle posizioni topocentriche del sole e della luna, il Krafft ha cercato di stabilire se analogamente alle variazioni stagionali delle nascite in rapporto alla posizione del sole nelle differenti zone dell'ellittica, non esista una relazione analoga con le posizioni ellittiche della luna.

Ora l'autore ha potuto rilevare che la frequenza delle nascite ha sensibili variazioni in relazione alle differenti posizioni zodiacali della luna, e che in riguardo alla posizione dei nodi del nostro satellite il numero delle nascite aumenta a misura che esso si avvicina al lato sud dell'ellittica.

D'altra parte durante la luna piena diminuisce il numero dei parti di sesso maschile che poi aumenta rapidamente e raggiunge il massimo due giorni dopo il plenilunio.

Al contrario di quanto già si è detto circa l'influenza del sole, durante le variazioni lunari gli scarti della frequenza delle nascite maschili non sono più accentuati di quelli che si hanno per i parti femminili.

Tutte queste constatazioni provano che i rapporti astro-biologici, una volta considerati come pregiudizi e ciurmerie, possono avere un fondamento di verità. Il fenomeno della vita, e con esso il destino dei singoli uomini e delle collettività, subisce l'influenza di energie infinitamente lontane.

argo.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Ordinamento della Croce Rossa.

La *Gazzetta Ufficiale* del 19 settembre, n. 219, ha pubblicato il decreto-legge 10 agosto 1928 n. 2034, che stabilisce un nuovo ed organico ordinamento della Croce Rossa.

Il decreto consta di 22 articoli; il testo integrale è pubblicato nella nostra Rivista *Il diritto pubblico sanitario*, 1928, pag. 576.

Il capo I comprende le norme che stabiliscono gli scopi dell'Associazione in guerra e in pace e regolano l'ordinamento e i mezzi.

È da notare che la Croce Rossa oltre alla missione di soccorso in guerra, ha, per esplicita disposizione del decreto sudetto, lo scopo di *svolgere opera nel campo della profilassi delle malattie infettive e in quelli dell'assistenza sanitaria e della educazione igienica a favore delle popolazioni piu bisognose*. L'Associazione attende, inoltre, alla istruzione e preparazione tecnico-professionale di idoneo personale di assistenza; presta soccorso in caso di pubbliche calamità ecc.

Il capo II del decreto stabilisce e regola la tutela e la vigilanza governativa sull'attività della Croce Rossa. Il capo III riguarda la posizione del personale e concessioni varie; il capo IV provvede alle situazioni di diritto transitorio.

Il nuovo ordinamento attribuisce alla Croce Rossa funzioni che sono dello Stato; quindi essa è un ente di pubblica amministrazione, per tutti gli effetti e per la natura dei suoi atti e provvedimenti e per i controlli giuridici.

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

III. Un caso di licenziamento illegittimo per soppressione di posto in seguito a modificazione territoriale.

Altre volte in questa rubrica e nella Rivista *Il diritto pubblico sanitario*, abbiamo esaminato alcune delle più gravi controversie che si riconnettono agli effetti delle modificazioni territoriali e alla soppressione di enti pubblici sui rapporti di impiego. Questi argomenti sono ora di marcata attualità perchè è in corso l'applicazione del D. L. 17 marzo 1927 n. 383, che attribuì al Governo del Re il potere « di provvedere ad una revisione generale delle circoscrizioni comunali per disporne l'ampliamento o la riunione o comunque la modificazione ».

Per un esame quasi completo, dal punto di vista generale, che qui non sarebbe possibile, richiamiamo specialmente gli studi del nostro *Diritto pubblico sanitario* 1928, pag. 301 e 397.

Diamo ora notizia di una risoluzione importante del Consiglio di Stato, la quale presuppone, in certi casi, il trapasso del rapporto di impiego per successione da uno ad altro ente. Questa è, in massima, la tesi che noi abbiamo difeso.

Il dottor Giglio era medico condotto stabile di un Consorzio; due dei tre Comuni che costituivano questo ente furono aggregati ad un altro Comune, il quale perciò succedette, per almeno due terzi, negli obblighi del consorzio. Questo fu sciolto. Il dottor Giglio continuò a prestare servizio per il Comune, al quale erano stati incorporati i due Comuni già costituenti il consorzio e poi soppressi. Ebbe prima una sistemazione provvisoria e poi fu nominato definitivamente in base al piano organico delle condotte di tutto il Comune, approvato dalla G. P. A. È da notare che egli non fu assunto in base a concorso. Se si fosse trattato della costituzione di un nuovo rapporto, il concorso sarebbe stato *indispensabile*. Poichè la posizione fu regolata *dal Comune successore*, senza *concorso*, è evidente che questa sistemazione presuppone la trasmissione del rapporto di impiego per successione.

Il Comune successore avrebbe potuto dispensare un medico condotto o lo stesso dottor Giglio, se il personale fosse risultato esuberante o avrebbe potuto regolare la continuazione del rapporto, se ancora utile.

Nell'uno e nell'altro caso, si presuppone la trasmissione del vincolo giuridico, cioè la sopravvivenza di esso.

Al dottor Giglio fu assegnata una condotta la cui circoscrizione corrispondeva, con altre due condotte esterne, al territorio degli ex Comuni aggregati.

Ma, poco dopo, due di questi furono ricostituiti in Comune autonomo e il dottor Giglio fu licenziato per soppressione di posto.

La V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 16 agosto 1928 n. 482, ha confermato l'annullamento di questa deliberazione, considerando che la sistemazione del dottor Giglio, senza concorso, era legittima e che, in seguito alla riduzione del territorio comunale, non poteva essere licenziato senz'altro il dottor Giglio, ma si doveva procedere ad una revisione del piano organico delle condotte, con l'intervento degli stessi organi che avevano partecipato alla formazione di esso, e poi stabilire criteri obbiettivi e di giustizia per la eliminazione del personale eventualmente esuberante, applicando ai medici licenziati, per soppressione di posto, il beneficio della disponibilità e osservando, in ogni caso, l'obbligo del preavviso o della indennità corrispondente.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Sindacato Nazionale Fascista dei Medici e degli Ordini dei Medici.

Nomina del Segretario della Sezione Culturale.

Lo sviluppo preso dalla Sezione culturale del Sindacato Nazionale Medico con l'adesione di numerose Società scientifiche rende necessario che ad essa venga preposto un capo onde disciplinarne e seguirne tutta l'attività molteplice ed importante.

Nomino pertanto il prof. Nicolò Castellino a Segretario della Sezione culturale.

Le Associazioni scientifiche inquadrate nel Sindacato corrisponderanno col suddetto collega per tutte le questioni riguardanti i Congressi, le pubblicazioni, la riforma degli Statuti e per tutto quanto è detto nella Circolare pubblicata nel penultimo numero di « Federazione ».

Il prof. Castellino come Segretario della Sezione culturale parteciperà al Direttorio.

Il Segretario Naz.: ARNALDO FIORETTI.

***

Il prof. Nicolò Castellino, che conosce bene le questioni generali della medicina e i veri bisogni del giornalismo, che ha l'animo fervido d'iniziative perfettamente intonate allo spirito del Regime, saprà di certo promuovere, organizzare e disciplinare le manifestazioni culturali nel campo medico nazionale.

Ci compiacciamo della sua nomina e beneauguriamo dalla sua opera.

La riunione dei Sindacati Sanitari di Roma per un più equo accertamento fiscale.

Presieduti dall'avv. De Bernardis, per la Confederazione Naz. dei Sindacati fascisti professionisti ed artisti, nella sede del Sindacato fascista medici, si sono riuniti al completo i Segretari ed i Direttori dei Sindacati medici, farmacisti e veterinari.

Tra i presenti il prof. Ermanno Fioretti, il prof. Della Vedova, l'on. Perna, il dott. Trulli, i farmacisti dott. Ruggeri, Chiappa e Berardelli, i chimici Bastianini, Manuelli e Carnevali, i veterinari dottori Gazzella e Mandruzzato.

L'assemblea dopo aver rivolto un saluto all'avvocato Di Giacomo, presidente della Confederazione dei professionisti ed artisti, ed al dott. Fioretti Arnaldo, segretario del Sindacato Naz. medici, nominato Presidente della Confederaz. dei Sindacati dell'industria, ha iniziato la trattazione di importanti questioni che interessano in comune le categorie rappresentate.

Mentre si è dato incarico ai Segretari di preparare l'ordine dei lavori per le prossime riunioni collettive dei Direttori sanitari, si è deliberato di chieder d'accordo con le altre categorie dei professionisti ed artisti, l'intervento delle superiori gerarchie sindacali per un più equo accertamento fiscale che mentre estenda il numero dei professionisti tassati, adequi per tutta la tassazione a più giuste proporzioni, in confronto del reddito effettivo.

Sindacato Medico Fascista di Roma e Provincia.

I Medici che hanno bisogno di chiarimenti per quanto riguarda l'accertamento fiscale nei riguardi della tassa sul libero esercizio, potranno rivolgersi al Sindacato Medico Fascista di Roma e Provincia sito al Corso Vittorio Emanuele 24, angolo piazza del Gesù, nei giorni pari ossia nei giorni di martedì, giovedì e sabato, dalle ore 20 alle ore 21.

MEDICINA SOCIALE.

Disciplina e coordinamento di attività assistenziali.

L'Opera Nazionale per la maternità e l'infanzia, mentre va predisponendo gli studi necessari per l'attuazione del nuovo programma — ruralizzazione degli istituti di ricovero dipendenti — ha portato la sua attenzione sul problema della molteplicità degli istituti di assistenza esistenti in Italia e sulla necessità di un organico coordinamento di tutte le loro attività. Il problema è di notevole interesse.

È stato opportunamente notato che in talune provincie il mancato o scarso rendimento dei servizi assistenziali è dovuto principalmente al difetto di coordinamento tra i diversi organi che li esercitano. Talvolta i contatti e le intese tra istituzioni che agiscono in una stessa zona mancano, per un malinteso spirito di autonomia.

In assenza di ogni azione coordinatrice e integrativa avviene spesso, inoltre, che mentre in una località esistono troppi istituti per una data forma di assistenza, in altra invece questa è completamente trascurata verificandosi così da una parte eccessi e dispersioni di energie, dall'altra difetto di mezzi assistenziali.

Infine è stato notato che spesso manca il coordinamento, non solo fra le varie forme di attività delle istituzioni pubbliche di assistenza, ma anche tra queste e i numerosi istituti privati i quali esplicano talvolta azione parallela a quella dei primi.

Questo inconveniente può condurre a conseguenze del seguente genere: che nei centri popolosi, ad esempio, un individuo può essere assistito contemporaneamente e con forme diverse da più enti, mentre un altro, magari più bisognoso, può restare completamente privo di assistenza.

L'Opera Nazionale per la maternità e l'infanzia non poteva non rilevare questi ed altri simili inconvenienti « che turbando il regolare processo dell'assistenza dimostrano come sia nell'interesse pubblico che gli enti, ciascuno per la parte che loro spetti, collaborino concordemente al servizio senza intemperanze di sentimenti e senza spreco

di energie ». L'Opera si è pertanto richiamata alla funzione di coordinamento affidata ad essa ed ai suoi organi dalle disposizioni di legge le quali prescrivono appunto che l'Opera ha facoltà di promuovere, ove occorra, la revisione degli statuti e dei regolamenti delle istituzioni pubbliche e private per l'assistenza della maternità e dell'infanzia e rispetto alle istituzioni pubbliche ogni altra forma consentita dalle leggi in vigore.

Ma ai fini del coordinamento che si deve conseguire, l'Opera, nell'impartire opportune disposizioni in materia, ritiene non sia sempre necessario ricorrere a queste gravi riforme che qualche volta contrastano con vecchie e care tradizioni cittadine e possono turbare forse benefiche iniziative private.

« Per il conseguimento di questi scopi — dice in una recente circolare l'on. Blanc — l'Opera invece confida molto nello spirito fascista degli amministratori delle istituzioni, i quali per le dette ragioni non possono non intendere la necessità di coordinare mediante spontanei e reciproci accordi e specialmente nelle forme previste dall'art. 47 del regolamento 15 aprile 1926, le attività dei dipendenti istituti in guisa da evitare duplicazioni superflue e dannose, di integrare, in quanto occorra, i rispettivi servizi assistenziali e realizzare anche con la gestione di servizi in comune sensibili economie nelle spese di funzionamento ».

L'on. Blanc ha disposto che i presidenti delle Federazioni provinciali sollecitino con assidua cura questi accordi segnalando all'amministrazione di quegli istituti pubblici e privati che abbiano finalità identiche o affini e quindi interessi comuni, quelle forme di coordinamento che, tenuto conto delle condizioni locali, si addimostrino più opportune e più efficaci ai fini voluti dalla legge.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ADRIA (*Rovigo*). *Ospedale Civile*. — Al 31 gen., ore 17; aiuto medico dell'Ospedale e assistente del Centro diagnostico e Dispensario antitubercolare; età lim. 30 a.; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi dal 20 dic.; L. 3600 ciascuno; l'aiuto riceverà anche vitto, stanza e percentuale visite; assunz. serv. entro 10 giorni.

CAGLIARI. *Amministraz. Provinc.* — Scad. 31 gen.; direttore Sez. med.-micrograf. del Laborat. d'igiene e profilassi; L. 13.700 aumentabili a lire 16.000 dopo 3 quadrienni, oltre L. 3500 serv. att.; eventuale partecip. 25-50 % introiti; età lim. 45 a.; tassa L. 50,15.

CALTANISSETTA. *R. Prefettura*. — Ufficiali sanitari di Butera, Resuttano e San Cataldo; L. 6000, 5000 e 8000 rispettivam.; aumenti. Tassa L. 50, alle tesorerie comun. Scad. 15 febbr.

CARCARE (*Savona*). — Scad. 31 gen.; L. 8400 aumentabili.

CASTORANO (*Ascoli Pic.*). — Scad. 31 gen.; lire 8700 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 indenn. laurea, L. 500 uff. san.; età lim. a. 45; tassa L. 50,10.

CERVETERI (*Roma*). — Scad. 10 feb.; ore 12; L. 10.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 se uff. san., c.-v. in L. 780 se celibe, L. 840 se coniugato; età lim. 35 a.; tassa L. 50; accettaz. entro 10 gg.

CHIARI (*Brescia*). — Al 15 feb. una delle due condotte mediche per i poveri. Stip. L. 9000, oltre sei quinquenni dec., indenn. trasp. in L. 3000 e quelle di c.-v. Laurea da oltre 3 anni; voti d'esame e altri documenti di pratica.

CIVITAVECCHIA (*Roma*). — A tutto 31 gen., per Santa Marinella e Santa Severa; L. 8500 oltre lire 1100 serv. att., doppio c.-v., 5 quadrienni dec.; tassa L. 50; età lim. 35 a.; serv. entro 15 gg. Chied. annunzio.

COMMESSAGGIO (*Mantova*). — Scad. 31 gen.; L. 9500 oltre L. 1800 trasp., L. 500 uff. san., c.-v.; tassa L. 50,15.

CREMONA. *Istituti Ospitalieri*. — A tutto 20 febbraio; primario chirurgo del Reparto Maschile; titoli ed eventualm. esami; L. 9000. Età lim. a. 45. Almeno 4 anni di servizio presso Cliniche chirurgiche o grandi Ospedali. Rivolgersi Segreteria.

DUINO-AURISINA (*Trieste*). — A tutto 25 gen.; sede a Sistiana-Duino; L. 9000 e c.-v., oltre lire 1500 di attività e L. 3000 trasp. Rivolgersi Uff. Com. di Aurisina.

GENOVA. *R. Prefettura*. — Ufficiali sanitarî per due Consorzi. Proroga 31 gen.

GIAVENO (*Torino*). — Scad. 31 gen.; L. 8000 oltre c.-v., L. 1800 trasp., L. 500 uff. san.; tassa L. 50,15.

GROPPARELLO (*Piacenza*). — Scad. 20 gen.; 2ª cond.; L. 11.000 oltre indenn. integraz. L. 2100 ridotte, L. 4200 cavalc., L. 400 ambulat.; riconoscimento un terzo serv. anteriori.

MONESIGLIO (*Cuneo*). — Scad. 31 gen.; L. 9700 oltre L. 800 se uff. san., L. 3000 automob.; tassa L. 50,15.

MONZA. *Congregaz. di Carità*. — Al 5 feb., medico secondario del Civico Ospedale; L. 4000 (*sic*) ridotte; partecipaz. proventi; L. 10 e vitto nei giorni di guardia; in corso miglioramenti; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dalla presentaz.; serv. entro 10 gg.; nom. e conferma biennali.

PADOVA. *Spedale Civile*. — Assist. effett. di chirurgia; L. 5000 e 2 bienni decimo, subordinatam. a conferma; turni pronto soccorso di 24 ore a L. 30; scad. ore 18 del 22 gen.; età lim. 30 a. al 18 dic.; tassa L. 50,10 alla Tesoreria; serv. entro 20 gg. Chied. annunzio.

Assist. effett. dei Reparti per tubercolosi; lire 5500 e 2 bienni subordinatam. a conferma; scad. ore 18 del 31 gen.; età lim. 30 a. al 1° gen.; altre condizioni come sopra.

SAN MARTINO D'AGRI (*Potenza*). — Scad. 20 gen.; L. 5700 (*sic*) se ammogliato, L. 5340 (*sic*) se celibe; 6 quadrienni decimo; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

SIRACUSA. *R. Prefettura*. — Uff. san. di Carlentini; titoli ed esami; L. 7000 e 4 quadrienni

dec., c.-v., compensi a carico di privati; doc. a 3 mesi dal 20 dic.; età lim. 45 a.; scad. 45 gg. dal 20 dic. Ab. 11.844. Chiedere bando.

Uff. san. del capoluogo; proroga a tutto il 31 gennaio.

SORRADILE (*Cagliari*). — Scad. 15 feb.; L. 11.000 compreso uff. san.; per cavalc. L. 2000; età lim. 45 a.; tassa L. 50.

SOSTEGNO (*Vercelli*). — Consorzio con Castelletto Villa; L. 8000 oltre L. 500 uff. san.; aumenti periodici; indenn. trasp. L. 1800. Scad. 30 gen.

UDINE. *Amministraz. Provinciale*. — Al 31 gen., ore 18; medico di Sezione nel Manicomio Provinc.; titoli; L. 11.000 oltre L. 2300 serv. att., c.-v., alloggio personale ammobigl., luce, riscaldam., nei giorni di guardia vitto; titoli; età lim. 25-35 a.; doc. a 6 mesi dal 28 dic. Chied. annunzio. Rivolgersi alla Segreteria.

VENEZIA. *Ospedale Civile*. — Due aiuti chirurghi; L. 4560 per i coniugati, L. 4200 per i celibi; titoli ed esami; nomina biennale, conferma per un anno; scad. ore 17,30 del 2 feb.; tassa L. 50 al tesoriere; doc. a 3 mesi dal 22 dic. Chiedere annunzio.

VOLTERRA (*Pisa*). — Al 31 gen.; per Saline di Volterra; ab. 2000; iscritti 50 c.; L. 9500 per 500 iscritti, addizion. L. 3, c.-v., L. 3500 cav.; aumenti decimo fino a L. 14.250; età lim. 40 a.; doc. a 3 mesi dal 31 dic.; tassa L. 50,15. Chiedere annunzio.

Ferrovie dello Stato. — Concorsi per titoli a posti di Medico di reparto; vedi fasc. 50 del 1928. Scad. 21 gen.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Giuseppe Sanarelli, dell'Università di Roma, è nominato membro corrispondente della Società di Microbiologia di Vienna.

Al Direttorio Nazionale dell'Associazione Nazionale Fascista dei Medici Condotti sono stati aggiunti i dottori: Fontana Giuseppe, Castelrotto (Bolzano), Zanetti Carlo, Povo Trentino (Trento) e Gambetta Nunzio (Matera).

L'ordinamento giuridico della lotta contro la malaria.

Questo argomento è trattato, con ampia esposizione, nel Numero 12 (Dicembre 1928) del periodico mensile « IL DIRITTO PUBBLICO SANITARIO ».

Detto numero, che costa L. 5, si può ottenere subito inviando Vaglia Postale ai F.lli Pozzi, editori, Via Sistina 14, Roma.

Abbonamento pel 1929 ai dodici Numeri del « *Diritto Pubblico Sanitario* »: Italia L. 36; Estero L. 50. Un numero separato L. 5.

Per gli abbonati al « Policlinico »: Italia L. **30**; Estero L. **45**.

NOTIZIE DIVERSE.

Associazione Professionale Internazionale dei Medici.

L'« Association Professionnelle Internationale des Médecins » (A. P. I. M.) ha lo scopo di promuovere le azioni concernenti la vita corporativistica e professionale e la legislazione sociale nel campo medico e di stabilire scambi di informazioni e scambi di proposte tra i medici dei vari Paesi.

Vi sono rappresentate 26 Nazioni.

L'Associazione tenne il suo 3° congresso a Parigi dal 27 al 30 settembre; vi furono discusse 9 relazioni; gli atti sono pubblicati nella « Revue Internationale de Médecine Professionnelle et Sociale », che è l'organo ufficiale dell'Associazione.

Questa ha stabilito contatti con l'Ufficio Internazionale del Lavoro.

La sede sociale è: rue Louis-le-Grand 25, Paris (2e). La corrispondenza dev'essere diretta al dott. Fernand Decourt, segretario generale.

V Congresso Internazionale di Medicina e Farmacia Militare.

Si ritiene utile richiamare ancora l'attenzione dei medici e farmacisti italiani su questa riunione internazionale che si adunerà a Londra dal 6 all'11 maggio.

I Congressi di Medicina Militare hanno assunto una grande importanza mondiale non solo per l'interesse delle questioni scientifiche attinenti al Servizio Sanitario Militare in pace ed in guerra, ma anche e principalmente per il significato politico di propaganda pacifica.

Basta considerare che abitualmente (con tendenza ad aumentare sempre più) i rappresentanti ufficiali di circa 50 Nazioni di tutto il mondo si danno convegno per scambiare le loro idee sui più importanti argomenti in un'atmosfera di reciproca cordialità ed amichevole confidenza.

Tutti i medici, farmacisti e dentisti che prestano o hanno prestato servizio militare possono intervenire, purchè ne facciano domanda entro il mese di gennaio e non più tardi del 1° febbraio p. v.

Sono invitate anche le signore e le figlie non maritate dei congressisti.

La quota è di 10 scellini per gli uomini e di 7 e mezzo per le signore.

La tenuta è facoltativa; è solo raccomandata per la seduta inaugurale e nei ricevimenti ufficiali. Sarà annessa anche un'esposizione di materiale sanitario e farmaceutico.

Ricevimenti (nel Reale Collegio dei Medici, nel Reale Collegio Medico dell'Armata, al Municipio, ecc.) ed escursioni (Regno Unito ed Irlanda) fanno parte integrale del Congresso.

Un Comitato di signore è stato costituito per accompagnare le signore e signorine dei congressisti nei luoghi più interessanti di Londra.

Un'apposita Commissione è incaricata per gli alloggi.

Sono accordate riduzioni per i biglietti di viaggio nelle ferrovie Britanniche (33 %) e (30 %) nelle

ferrovie Belghe e sui piroscafi (linea Ostenda-Douvres) con la semplice presentazione della tessera di congressista.

Chi desiderasse maggiori informazioni può rivolgersi al direttore dell'Ospedale Militare di Bologna o al Direttore del Giornale di Medicina Militare (Ministero Guerra).

XX Congresso francese di medicina.

È indetto a Montpellier per il 15 ottobre e seguenti, sotto la presidenza del prof. Vedel. Temi in discussione sono: « Eziologia, patogenesi e fisiopatologia della scarlattina », relatori Cantacuzène (Bucarest), P. Teissier e Coste (Parigi), Sacquépée e Liégeois (Parigi); « L'ipotensione arteriosa », relatori Lian e Blondel (Parigi), Dumas (Lione), G. Giraud (Montpellier); « Il trattamento delle sindromi anemiche », relatori E. Hédon e Jeanbrau (Montpellier), Lambin (Lovanio), J. Carles (Bordeaux). La quota d'iscrizione è fissata in 60 franchi per gli aderenti (medici e chiunque s'interessi alle scienze mediche), in 30 franchi per gli associati (persone di famiglia degli aderenti, interni ed esterni di ospedali, studenti di medicina). Le domande d'iscrizione vanno dirette al prof. Carrieu, tesoriere, rue de la Merci 5-bis, Montpellier. Per informazioni rivolgersi al prof. Rimbaud, segretario generale, rue Levat 1, Montpellier.

Corso complementare in igiene.

Dal 22 gennaio al 22 marzo 1929 sarà svolto nell'Istituto d'Igiene della R. Università di Napoli un corso teorico-pratico di Igiene, con particolare riguardo alla preparazione ai posti di Ufficiale Sanitario, in conformità dei programmi esposti nel testo unico delle leggi sanitarie. Condizioni consuete. Tassa L. 400 all'Economo della Università. Le ammissioni avranno luogo secondo l'ordine di presentazione delle domande.

Corsi di perfezionamento medico.

Presso la Facoltà Medica di Vienna avrà luogo un corso internazionale sulle malattie digerenti e del ricambio dal 18 febbraio al 2 marzo; seguirà una settimana di seminariato; tassa 50 scellini. Nel 1929 avranno anche luogo i seguenti corsi internazionali: di chirurgia, ortopedia, ginecologia, ostetricia e urologia dal 3 al 15 luglio; sui progressi della medicina, in settembre-ottobre (data da precisare); sulle secrezioni interne e la medicina costituzionale, dal 25 novembre all'8 dicembre. Tutti i mesi si tengono corsi speciali nei vari campi della medicina.

Per informazioni sui corsi internazionali rivolgersi al dott. A. Kronfeld, Porzellangasse 22, Wien IX; sui corsi speciali al: Kursbüro der Wiener Medizinischen Fakultät, Schlösselgasse 22, Wien VIII. A richiesta s'invia il programma dettagliato.

*
* *

A Düsseldorf avrà luogo dal 10 al 20 aprile un corso di perfezionamento sui progressi della medicina dei bambini, per medici e specialisti pediatri, a cura del Comitato centrale per l'organizzazione di perfezionamento medico in Prussia e di altri enti, nella Clinica per bambini dell'Accademia medica di Düsseldorf, Moorenstr. 5.

Il primo di questi corsi ebbe, l'anno scorso, molto successo.

Il programma dettagliato si può ricevere dalla Segreteria.

Consiglio Superiore della Pubblica Istruzione.

La Sezione per l'Istruzione Superiore è stata così costituita: Bodrero prof. Emilio, deputato al Parlamento, stabile di storia della filosofia nella R. Università di Padova; Borriello Biagio, deputato al Parlamento; Calisse prof. Carlo, senatore del Regno, presidente di Sezione del Consiglio di Stato; Cian prof. Vittorio, deputato al Parlamento, stabile di letteratura italiana nella R. Università di Torino; Crocco prof. Gaetano, generale, stabile di teoria e costruzioni dei dirigibili nella R. Scuola d'Ingegneria di Roma; De Cillis prof. Emanuele, stabile di coltivazioni erbacee nel R. Istituto Superiore Agrario di Portici; Di Marzo prof. Salvatore, deputato al Parlamento, stabile di diritto romano nella R. Università di Palermo; Fedele prof. Pietro, deputato al Parlamento, stabile di storia moderna nella R. Università di Roma; Garbasso prof. Antonio, senatore del Regno, stabile di fisica sperimentale nella R. Università di Firenze; Ghigi prof. Alessandro, stabile di zoologia nella R. Università di Bologna; Leotta prof. Nicola, stabile di clinica chirurgica nella R. Università di Bari; Lori prof. Ferdinando, stabile di elettrotecnica generale nella R. Università di Milano; Luiggi ing. Luigi, senatore del Regno, libero docente di costruzioni marittime nella R. Università di Roma; Marcello Girolamo, senatore del Regno; Menozzi prof. Angelo, direttore del R. Istituto Superiore agrario di Milano; Morelli prof. Eugenio, deputato al Parlamento, stabile di clinica della tubercolosi e delle malattie delle vie respiratorie nella R. Università di Roma; Panunzio prof. Sergio, deputato al Parlamento, stabile di dottrina generale dello Stato nella R. Università di Roma; Parravano prof. Nicola, stabile di chimica inorganica nella R. Università di Roma; Pascale prof. Giovanni, senatore del Regno, stabile di clinica chirurgica nella R. Università di Napoli; Rocco prof. Arturo, stabile di diritto penale nella R. Università di Milano; Scialoja prof. Antonio, deputato al Parlamento, stabile di diritto marittimo nella R. Università di Napoli; Scorza prof. Gaetano, stabile di geometria analitica nella R. Università di Napoli; Simonetta prof. Luigi, senatore del regno; Sitta prof. Pietro, senatore del Regno, stabile di economia politica nella Università libera di Ferrara.

Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Il Capo del Governo ha approvato le nomine dei membri dei Comitati nazionali del Consiglio delle Ricerche.

A presidenti e a segretari dei Comitati furono nominati, tra gli altri:

Comitato naz. biologico: Presidente, prof. Filippo Bottazzi; segretario gener., prof. Sabato Visco.

Comitato naz. chimico: Presidente, prof. Nicola Parravano; segretario gen., prof. Francesco Giordani.

Comitato naz. fisico: Presidente, sen. prof. Antonio Garbasso; segretario gen., prof. Enrico Fermi.

Comitato naz. medico: Presidente, sen. prof. Ettore Marchiafava; segretario gen., prof. Dante De Blasi.

Riordinamento del servizio di assistenza sanitaria a Roma e nell'Agro Romano.

Il Governatore, con una recente deliberazione su parere della Commissione sanitaria per il Governatorato, ha apportato notevoli modificazioni ed ampliamenti nel servizio di assistenza sanitaria per i poveri ed anche per i non poveri in casi di urgenza, allo scopo di provvedere stabilmente ai servizi di condotta medica nelle località dell'Agro Romano che si sono ora trasformate in veri abitati rurali e di dare una proficua assistenza medica agli abitanti poveri dei nuovi quartieri che si sono costituiti alla periferia della città.

Con la recente deliberazione, al posto di sei condotte urbane-suburbane, sono istituite undici condotte alla periferia della città, le quali vengono ad aumentare le condotte mediche urbane già esistenti, le quali erano in numero di diciassette.

Con una di dette condotte mediche si provvede anche, in via definitiva, al servizio di assistenza sanitaria per il Lido di Ostia.

La istituzione definitiva di queste nuove condotte mediche porta di conseguenza la revisione di tutte le zone assegnate a ciascuna di quelle preesistenti.

Con l'andata in vigore del nuovo ordinamento in ciascun casale, in ciascun centro abitato o di lavoro sarà chiaramente indicata la Stazione sanitaria di riferimento per soccorso medico.

Condotte mediche ed ostetriche in Milano.

Sono noti i poteri straordinari conferiti al podestà di Milano, per cui, al fine del riordinamento degli uffici e dei servizi ed in deroga a qualsiasi disposizione di legge o di regolamento generale o speciale, egli può dispensare dal servizio il personale di qualunque ufficio e grado, comunque dipendente dal Comune: ed è noto altresì che questi poteri gli sono stati prorogati e che nella relazione parlamentare è detto, tra l'altro, che la proroga «appare giustificata dal bisogno di mettere il Comune in grado di portare a termine l'iniziato programma di eliminazione del personale incapace».

Si era prospettata una riforma dei servizi di condotta medica e di assistenza ostetrica che avrebbe dovuto andare in vigore col 1° luglio scorso. Si progettava di sopprimere le condotte mediche, meno che in 13 riparti rurali, costituendo contemporaneamente 20 distretti sanitari (due per ogni zona di sorveglianza urbana) affidati a 20 medici, incaricati del servizio poveri a domicilio nelle ore diurne, integrando il servizio di assistenza con posti o centri di assistenza medico-chirurgica permanente (posti di pronto soccorso in luogo durante la giornata, in luogo e a domicilio la notte, in sostituzione del soppresso servizio del medico condotto). Per attuare tale progetto sarebbero stati dispensati tutti i medici condotti in servizio: 50 effettivi e 17 supplenti; e assunti 33 medici con nomina triennale.

Esaminato attentamente dal Podestà il progetto, non ancora approvato dall'autorità tutoria, ogni decisione è stata sospesa; si presume che si provvederà alla riduzione delle condotte con altri criteri, i quali assicurino da un lato una semplificazione ed un regolare andamento del servizio e dall'altro non aggravino eccessivamente le finanze comunali con indennità e pensioni e con spese straordinarie per nuovi impianti, ecc. D'altronde, considerando le condizioni attuali dei medici municipali e specialmente di quelli degli uffici, cui è precluso il libero esercizio della professione, e degli avventizi, e studiando un funzionamento più pronto e più agile degli uffici e dei servizi, è probabile che si assicuri in pari tempo un migliore trattamento al personale.

Assai presto si procederà inoltre alla trasformazione del servizio ostetrico. Vi sono attualmente a Milano 48 riparti ostetrici, 28 interni e 20 esterni. Si aboliranno tutte le condotte e verrà stabilito il servizio fiduciario a vantaggio di coloro che fruiscono dell'assistenza gratuita comunale. Il che vuol dire che ogni indigente potrà rivolgersi gratuitamente alla levatrice che più le aggrada, prescelta nell'elenco di quelle assunte per il servizio fiduciario del Comune. Tale riforma rappresenta una notevole economia perchè non essendo più le levatrici vere e proprie dipendenti comunali non matureranno diritti nè a pensione nè a indennità. Il Comune, di accordo col Sindacato fascista della classe, fisserà il compenso per i diversi servizi delle levatrici fiduciarie.

Stanziamenti del Comune di Milano per i servizi igienici.

Il Comune di Milano ha stanziato, per il bilancio dell'anno in corso, 11 milioni di lire per ampliamenti nella rete dei canali di fognatura e 4.350.000 lire per nuovi impianti di acqua potabile: in totale quasi 5 milioni in più che nel 1928; un milione per la costruzione di due nuove piscine e di un bagno pubblico; 120 mila lire per ampliare lo stabilimento di disinfezione e lavanderia e 50.000 lire per maggiori spese di esercizio; per il servizio dei cimiteri è previsto un aumento di circa 1 milione. È stabilita una riduzione di 381.900 lire sul servizio di assistenza sa-

nitaria ai poveri e un maggiore stanziamento di 32.400 lire per il servizio di vigilanza igienica. Nell'insieme, gli stanziamenti proposti per la polizia e l'igiene superano, per il 1929, 100 milioni di lire.

Per l'Ospedale Maria Vittoria di Torino.

È stata stanziata la somma di 3 milioni per costruzioni nuove da effettuarsi nel 1929: un padiglione per puerpere infeziose, proposto dal presidente P. C. Roggiero e progettato dall'ing. E. Mollino; un padiglione di ortopedia chirurgica e di cinesiterapia; amplissimi ambulatori per tutte le specialità; una sala di radioterapia; una grande aula per lezioni universitarie, conferenze scientifiche e dimostrazioni pratiche, con installazione per proiezioni. Altri ingrandimenti sono in progetto.

L'Ospedale pubblica due periodici specializzati: « Giornale di Batteriologia e Immunologia » diretto da A. Azzi e « La Cultura Stomatologica » diretto da B. Devecchis.

Nel 1927 il movimento sanitario si riassunse in 62,278 giornate di degenza, con un aumento di 1765 sul 1926; per il 1928 mancano ancora dati precisi.

Nel 1928 furono ricevute oblazioni per circa 110.000 lire.

L'assicurazione contro gli infortuni delle Piccole e Giovani Italiane.

La Direzione del P. N. F., in data 31 dicembre, ha assicurato presso la società *Le Assicurazioni d'Italia contro gli infortuni* tutte le Piccole e le Giovani Italiane.

Le somme assicurate per ciascuna Piccola Italiana sono: per il caso di morte L. 6000, per il caso di invalidità permanente totale L. 20.000, per il caso di invalidità temporanea L. 7 giornaliere fino al massimo di giorni 40. Le somme assicurate per ciascuna Giovane Italiana sono: per il caso di morte L. 8000, per il caso di invalidità permanente totale L. 25.000, per il caso di inabilità temporanea L. 7 giornaliere fino al massimo di giorni 40.

Il premio a carico del Partito è stabilito in L. 0,50 per ogni Piccola Italiana e per ogni Giovane Italiana.

Ogni Piccola ed ogni Giovane Italiana usufruirà del beneficio dell'assicurazione concorrendo al pagamento del premio con la somma di dieci centesimi all'anno.

Le Giornate Mediche di Parigi.

Sono organizzate sotto gli auspici della « Revue Médicale Française », da un Comitato di cui sono presidenti i proff. Pierre Delbet, Desgrez e Vaquez ed è segretario generale il prof. Balthazard. Avranno luogo nel prossimo maggio. Per assicurare loro una vasta propaganda in tutti i Paesi, il Comitato ha avuto l'idea di far editare un francobollo speciale, dovuto al talento artistico di Rollet. Il Comitato tiene a disposizione di tutti coloro cui potesse interessare, queste marche, al prezzo di 150 franchi ogni 10.000 esemplari. Richiederle alla sede del Comitato, rue de Verneuil 18, Paris.

Cinquantenario del "Concours Médical".

Il *Concours Médical*, società di studi medico-professionali, editrice del periodico omonimo, iniziatrice in Francia del sindacalismo medico e creatrice della « Mutualità familiare del corpo medico francese » e del « Soldo medico », celebrerà il suo cinquantenario il 16 e il 17 novembre prossimi, con assemblee generali, una seduta solenne, una serata di gala, un banchetto, un ballo e delle escursioni. La presidenza del Comitato d'onore è stata offerta all'on. dott. Oberkirch, sotto-segretario al Ministero del Lavoro, dell'Igiene e della Previdenza sociale. Commissario generale è il dott. G. Duchesne, redattore-capo aggiunto del « Concours Médical ».

Commemorazione del dott. Achille Costantini.

L'Accademia medica Triestina, nella sua seduta del 30 novembre u. s., ha commemorato il dott. Achille Costantini, che fu per lunghi anni protofisico (Ufficiale sanitario) di quella città, dove era entrato in carica nel 1888.

Vi svolse un'operosità eccezionale, occupandosi dei problemi più svariati d'indole igienico-sanitaria. Subito dopo la scoperta di Röntgen, ottenne di potere acquistare l'apparecchio per i raggi X, e Trieste fu una delle prime città in Europa ad essere dotata di un gabinetto radiologico.

Il dott. Costantini ideò e portò a compimento nel 1896 l'ospedale per le malattie infettive, propugnò l'erezione di un forno crematorio per le immondizie cittadine e prese parte agli studi per la fondazione dell'ospedale psichiatrico. Il Costantini si occupò con grande interesse dell'approvvigionamento idrico a cui dedicò intenso e profondo studio.

Alla commemorazione, tenuta dal dott. Eugenio Cosina, si associò l'ing. Raffaello d'Acunzo, direttore degli Acquedotti comunali.

Vittime del dovere.

Dopo aver subìto 19 interventi sotto narcosi generale e 25 sotto anestesia locale, e dopo una cecità datante da 11 anni ma fortunatamente attenuatasi, è morto, ad Athis-Mons, presso Parigi, in età di 50 anni, il radiologo Fernand Oucretet. Era stato collaboratore del radiologo Vaillant. Allo scoppio della guerra aveva già presentato una radiodermite; ma a causa della sua abilità professionale venne destinato al servizio radiotelegrafico presso il gen. Ferrier; poi passò al servizio radiologico degli ospedali di Parigi. Il suo animo si riflette in queste parole: « Che cosa sono le mie trecento ustioni, di fronte alle migliaia di pazienti che la mia opera ha salvato? ».

*
* *

Circa un anno addietro moriva di tifo esantematico, contratto nell'assistere i malati, il dott.

Chatignières, comandante medico in ritiro dell'esercito francese e medico capo della « Infirmerie indigène du Groupe Sanitaire du Sons ». Durante una grave epidemia di tifo esantematico scoppiata a Tarudant, nel Marocco, egli si era prodigato senza risparmio, ma finì per essere contagiato. Per più di 15 anni, in Siria e nel Marocco, aveva già dato molte prove di abnegazione e d'infaticabile devozione al dovere. Il Governo francese lo ha ora iscritto all'ordine del giorno della Nazione, illustrandone le benemerenze.

Contrabbando di oppio a New York.

Il più grosso contrabbando d'oppio fin'ora registrato si è avuto nel porto di New York, sulla nave « President Harrison »: si tratta di 31 colli contenenti 2665 scatole da 6 once ciascuna, del valore di circa 1 milione di dollari. La nave proveniva da San Francisco; l'equipaggio era composto di 163 uomini, di cui 131 cinesi. La Compagnia, « Dollar Line », è stata condannata ad una ammenda di 400.000 dol., pari ad 8 milioni di lire it., e la nave è stata posta sotto sequestro fino al pagamento dell'ammenda.

Gl'imputati di procurato aborto non devono essere difesi da avvocati fascisti.

Il Ministro Guardasigilli emanava giorni or sono una circolare ai Procuratori generali presso le Corti d'Appello perchè « nei reati di aborto procurato, l'accertamento della generica dovrà essere oggetto di cura ed attenzione speciale, affinchè siano frustrate le compiacenze ed i salvataggi da parte di periti che, eventualmente, siano sensibili più ad una malintesa solidarietà professionale che allo scrupoloso adempimento del loro elevato dovere ».

A questa circolare fa seguito una importante ordinanza del Segretario del Partito al Segretario Naz. dell'Ordine degli avvocati e procuratori ed alle Federazioni provinciali:

« Desidero che gli avvocati fascisti non assumano la difesa di levatrici o medici imputati di pratiche abortive, essendo tale attività in perfetta antitesi con una delle precipue finalità che il Regime si propone ».

Valutazione del reddito imponibile dei medici americani.

L'Ufficio d'Appello per tasse degli Stati Uniti (U. S. Board of Tax Appeals), che ha sede a Washington, ha deciso, per la seconda volta, che le spese incontrate dai medici per l'iscrizione a società scientifiche, partecipazione a congressi di studio e frequenza di corsi, devono essere detratte dal reddito lordo, per valutare il reddito imponibile.

Notizie epidemiologiche.

Durante l'ultimo quadrimestre del 1928 nello Stato di Trevancore (Indie Inglesi) si sono avuti 14.000 casi di colera, di cui 7300 seguiti da morte.

Scuola di perfezionamento in chirurgia presso l'Università di Roma.

A questa scuola vengono ammessi i laureati in Medicina e Chirurgia. Essa ha la durata di cinque anni. Ha sede presso il R. Istituto di Clinica Chirurgica (Policlinico Umberto I) diretto dal prof. R. Alessandri.

Gli iscritti alla scuola (non meno di sei) hanno l'obbligo di frequentare il corso ufficiale di Clinica Chirurgica, le speciali conferenze ed esercitazioni che saranno loro destinate, e fare servizio come alunni interni nella Clinica.

Durante tutto l'anno scolastico gli iscritti, a turno, presteranno servizio nel reparto speciale ad essi destinato.

Per conseguire il Diploma di perfezionamento in Chirurgia gli iscritti, al termine dei corsi, oltre alle prove di esame nelle singole materie, o a gruppi, dovranno presentare una dissertazione scritta, elaborata nell'Istituto su un argomento di chirurgia e dovranno sostenere un esame pratico dinanzi ad una Commissione formata dagli Insegnanti della Scuola.

Tasse: immatricolazione L. 300, iscrizione annua L. 800, sopratassa annua per esame di profitto L. 150; per l'ammissione all'esame, a suo tempo, dovranno pagarsi L. 75 per sopratassa di diploma. Le tasse di cui sopra, si versano al Banco di S. Spirito, sede di Roma, Piazza San Silvestro n. 64. Per il rilascio del diploma la spesa complessiva è di L. 326,70. Chiedere avviso al Direttore della scuola.

A causa del prolungamento della sessione degli esami di Stato, si è prorogato il termine per la presentazione delle domande di iscrizione al Corso di perfezionamento.

Con LOUIS A.-J. BROCQ scompare uno dei più reputati dermatologi francesi. Era nato nel 1856; entrato negli Ospedali di Parigi il 1885, vi è rimasto fino alla sua morte. Ben noti sono i suoi studî sulla dermatite esfoliativa. Lascia numerosi trattati, tra cui ricordiamo il « Précis élémentaire de Dermatologie » redatto in collaborazione di Jacquet, la « Pratique dermatologique » in 4 volumi, redatta in collaborazione di Besnier e Jacquet, il « Traité de Dermatologie appliquée », il « Traitement des maladies de la peau », ecc. Egli era sovratutto un clinico ed un osservatore coscienzioso.

P.

Con profonda costernazione è stata appresa dal mondo medico la morte del prof. ERNESTO TRICOMI, clinico chirurgo dell'Università di Palermo. Ci riserviamo di dare, in un prossimo numero, una biografia dell'illustre e valoroso Maestro.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Mediz. Klinik, 28 dic. — N. M. GUBERGRITZ. Esame funzionale del pancreas. — G. SCHERK. Eliminazione dei corpi chetonici nelle malattie epatiche.

Gaz. d. Hôp., 26 dic. — H. BALLET. Le legature difficili.

Paris Méd., 29 dic. — Numero di ostetricia.

Edinb. Med. Journ., gen. — F. G. BANTING. Storia dell'insulina.

Journ. de Méd. de Paris, 27 sett. — A. LEVY-FRANCKEL. Moda e dermatosi.

Brit. Med. Journ., 29 dic. — W. GORDON. La diagnosi di cancro dello stomaco.

Giorn. di Batteriol. e Immunol., dic. — G. ANDREI. Infezione tbc. sperimentale e anafilassi da siero.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 dic. — Numero di anat. patolog.

Pathologica, 15 dic. — L. AJELLO. Tbc. della cistifellea.

Lancet, 29 dic. — W. K. HUNTER. Le porpore.

Arch. di Patol. e Clin. Med., dic. — Bibliografia ital. di medicina interna ottobre 1926-dicembre 1927.

Riv. di Cl. Med., 15 sett. — R. BENELLI. Genesi della cinesia paradossa dei parkinsoniani.

Bull. Méd., 26-29 dic. — Numero sulla sifilide.

Journ. d. Prat., 29 dic. — H. VERMELIN. La ritenzione cotiledonare tardiva del post-partum.

Bull. Ac. de Méd., 18 dic. — J. LIGNIÈRES. La premunizione nella tubercolosi; discuss.

Arch. p. le Sc. Med., dic. — U. SOLI. Sulla patogenesi dell'arteriosclerosi.

Journ. dos Clinicos, 15 nov. — A. AMORIN. Dorsalizzazione della 7ª vert. cerv.

Practitioner, gen. — R. ARMSTRONG-JONES e al. Il sonno. — G. E. BEAUMONT. L'esame funzionale del rene. — E. WATSON-WILLIAMS. La prognosi nelle malattie mastoidee. — K. WALKER. Il dolore testicolare.

Prensa Méd. Argent., 10 dic. — M. OBARRIO e al. Meningoblastomi.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., dic. — C. JEFF MILLER. Le salpingiti. — J. JARCHO. Produzione artificiale della sterilità. — I. I. KAPLAN. Terapia radiante in ginecologia.

Cult. Med. Mod., 15 dic. — G. ALAGNA. Roentgenterapia nella tbc. e nel carcinoma del laringe.

Rassegna Clin. Scientif. dell'Istituto Biochim. Ital., 15 dic. — V. A. BUSCAINO. In tema di epilessia biopatica. — D. GIORDANO. L'appendicite nei tubercolotici.

Spitalul, dic. — P. PAPLESCO. Epatici appendicolari. — MITACU e ANDRONESCU. Stenosi dell'a. polmonare.

Fortschritte d. Neurol., Psychiatr., ecc., gen. — E. GUTTMANN. Lesioni non sistematizzate del midollo sp., delle radici e degli involucri. — G. EWALD. Le psicosi endogene.

Dermosifilografo, ott. — E. CIAMBELLOTTI. Erpete recidivante del volto di probabile natura anafilattica. — F. DE NAPOLI. La profilassi della sifil. e delle m. veneree in Italia.

Arch. f. Sch.- u. Tr.-Hyg., gen. — E. BIRT. Stenosi benigne del retto. — N. MACHWILADSE. Epidemia di pellagra nella Georgia.

Wien klin. Woch., 3 gen. — WAGNER-JAUREGG. Sulla malaria d'inoculazione. — R. MATZENAUER. Sull'ereditarietà della sifilide.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVI — Roma, 21 gennaio 1929 — Num. 3

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO

EPIDEMIOLOGIA.

DIREZIONE GENERALE DELLA SANITÀ PUBBLICA.
LABORATORIO DI BATTERIOLOGIA E MICROGRAFIA
diretto dal prof. B. GOSIO.

Note ed osservazioni su un episodio di peste bubbonica

per il dott. VINCENZO MARINO, assistente.

Nella prima metà del decorso anno, per ordine dell'on. Direzione Generale della Sanità Pubblica, mi recai in Tripolitania per procedere agli opportuni accertamenti diagnostici ed allo studio sperimentale di un piccolo focolaio di peste bubbonica, che si era manifestato fra gli abitanti di una cabila in Giuma di Sliten.

Come è noto, in Tripolitania non esistono focolai endemici di peste e solo raramente può riscontrarsene qualche caso dovuto ad importazione.

Dalle indagini epidemiologiche eseguite dal Delegato Sanitario all'Estero comm. Dr. Druetti, risultò che l'unico fattore causale del contagio avrebbe potuto essere attribuito con qualche probabilità, alla relativa vicinanza della località ad un Santuario Mussulmano, detto di Sidi-Abduss-Salam, che è sede di studi islamici ed è annoverato fra i più importanti dell'Africa Settentrionale. Ad esso sono soliti accorrere fedeli, non in vere carovane, ma piuttosto alla spicciolata, percorrendo in genere vie diverse da quelle che conducono alla cabila nella quale si era manifestata la infezione.

Non poteva infatti escludersi che portatori sani avessero potuto determinare il contagio, malgrado l'attiva vigilanza esercitata dalle autorità sul movimento di detti pellegrini e l'applicazione delle comuni norme profilattiche.

Ai portatori sani di bacilli pestosi oggi si tende a dare una importanza sempre maggiore, in grazia a numerose osservazioni fatte in questi ultimi anni.

L'Istituto Pasteur di Tunisi ha dimostrato, infatti, la possibilità che il bacillo di Yersin permanga virulento nelle ghiandole linfatiche di individui che hanno superato la malattia.

Il Raynaud (1924) al Senegal ha riscontrato bacilli di Yersin virulenti, in soggetti in apparenza sani e che avevano alloggiato in case ove precedentemente avevano abitato ammalati di peste.

Il Nikanorow del tutto recentemente, comunicava il caso di un portatore assolutamente sano e che, per quanto fosse stato accuratamente disinfettato e disinfestato, aveva trasmesso ad altri la peste. Naturalmente perchè in queste condizioni si sia potuto verificare il contagio, bisogna ammettere che questo individuo si trovasse in uno stato di bacillemia, per cui le pulci si sa-

rebbero infettate ed avrebbero potuto così trasmettere ad altri la malattia. Tale asserzione, per quanto di grande importanza, ha però bisogno di ulteriori conferme, perchè allo stato attuale delle nostre conoscenze non ci risulta che il bacillo di Yersin possa liberamente circolare nel sangue di un individuo senza provocare manifestazioni morbose.

Comunque sia, questi portatori, sono indubbiamente pericolosissimi agli effetti della profilassi, perchè potendo ammalare di peste in seguito ad una causa qualunque, capace di menomare i loro poteri di difesa organica, possono diventare fonte di un episodio infettivo.

***

Gli indigeni appartenenti alla cabila ove erasi manifestata la infezione, di abitudini sedentarie e dediti esclusivamente all'agricoltura, non solevano avere rapporti commerciali nè contatti di altro genere con abitanti di regioni notoriamente infette.

Il loro numero ascendeva a circa un centinaio fra uomini, donne e bambini, distribuiti in poche zeribbe formate con rami di albero, stuoie di paglia e stracci. Nella località esistevano pure due casolari costruiti con terra battuta e costituiti ognuno da due o tre vani.

La insorgenza della infezione si era manifestata fulmineamente in due uomini, con una forma ad andamento acutissimo e rapidamente letale. La sintomatologia clinica di questi due casi fu molto simile a quella di una perniciosa malarica, ma la poca frequenza di questa forma morbosa nella regione e la contemporanea comparsa di qualche altro ammalato con adeniti inguinali od ascellari ad andamento febbrile, fecero giustamente sorgere il dubbio alle autorità locali, che avrebbe potuto trattarsi di infezione pestosa. Di fatto, gli accertamenti diagnostici tosto eseguiti, deposero per infezione da bacillo di Yersin.

I casi raggiunsero in tutto il numero di 36 fra i quali vi furono 12 decessi.

L'epidemia durò poco più di un mese.

La forma clinica predominante, eccettuati i primi due casi summenzionati, che si svolsero con andamento setticemico, fu la bubbonica con localizzazioni prevalentemente inguinali ed ascellari, ma fu riscontrato anche qualche caso di *pestis minor*.

In tutti gli ammalati fu eseguito l'accertamento diagnostico previa puntura dei bubboni e consecutiva identificazione microscopica, culturale e biologica del germe.

L'emocultura fu praticata su vasta scala, sia negli ammalati per studiare il comportamento del germe in circolo, nei diversi stadi della malattia, sia nei sani tenuti in contumacia ed in alcuni dei guariti, per le ragioni che dirò in seguito.

Opportune osservazioni furono fatte per studiare il comportamento della intradermo-reazione, sia negli individui sani e sottoposti a vaccinazione, che negli ammalati e nei guariti.

Gli effetti della sieroterapia specifica furono tenuti in considerazione per constatare il valore curativo del siero antipestoso.

Fu rivolta, inoltre, speciale attenzione alla ricerca dei roditori infetti e alla identificazione delle specie catturate.

Emoculture. — Si eseguirono insemenzando il sangue, prelevato dalla vena del braccio, in provettoni contenenti 30-40 cmc. di brodo comune.

Negli ammalati in atto furono praticate allo scopo di studiare il comportamento del germe in circolo nei vari stadi della malattia.

Si potè osservare che negli ammalati di data recente, e fino a tutto il primo settenario, il bacillo di Yersin si trova abbondantemente in circolo. Esso infatti può essere isolato insemenzando anche scarsissime quantità di sangue: 1 cmc. Invece, nei casi in cui la malattia assume un decorso più lungo, e specialmente quando l'ammalato volge a guarigione, per avere risultati positivi, bisogna procedere all'insemenzamento di più forti quantità di sangue (5-10 cmc). La constatazione della graduale scomparsa del germe in circolo può servire a fine di prognosi favorevole; nei casi gravi, invece, cosa del resto nota, il germe permane in circolo fino al decesso.

In alcuni individui clinicamente guariti da diversi giorni, non si riuscì ad isolare il germe dal sangue.

Praticata l'emocultura in oltre una ventina di individui sani e facienti parte dei contumaciati, si ebbero pure risultati negativi. Lo scopo di queste ultime ricerche consisteva nel tentare di cogliere una setticemia pestosa iniziale prima ancora che apparissero le manifestazioni cliniche della malattia. Il Nikanorow invece, in una recente comunicazione all'Office International d'Hygiène Publique, ha fatto noto di essere riuscito a diagnosticare un caso di infezione pestosa 48 ore prima dalla manifestazione dei bubboni, servendosi dell'emocultura.

I risultati ottenuti dalla pratica dell'emocultura che sopra ho esposto, sono concordanti con quelli trovati in questi ultimi anni da vari ricercatori (Cazaneuve, Joltrain, Teissier, Tanon, Gastinel, Reilly, Ohoto, Gonzaga, Nikanorow, ecc.) i quali hanno messo in evidenza la presenza di bacilli pestosi nel sangue degli ammalati. Fino a poco tempo addietro, invece, si sosteneva che la peste

bubbonica fosse una infezione a localizzazione ghiandolare e che anzi, il riscontrare germi in circolo costituisse un reperto molto raro ed in genere precursore della morte.

Oggi invece, credo che dobbiamo piuttosto ammettere, col Nikanorow ed altri, che la infezione pestosa sia una malattia *essenzialmente* setticemica che dà inoltre manifestazioni secondarie, le quali, nella forma bubbonica, vengono a colpire prevalentemente il sistema linfatico.

Le citate osservazioni confermano la importanza della pratica della emocultura nelle epidemie pestose. Essa deve essere considerata una delle indagini più utili ad eseguirsi, in quanto è un sussidio preziosissimo, sia per svelare i casi incipienti di malattia, sia per la diagnosi differenziale dei casi di peste con assenza di bubboni visibili dalle forme febbrili di altra natura.

La emocultura, in periodo epidemico, dovrebbe essere praticata a tutti gli individui non appena questi accusino disturbi generali, come malessere, cefalea, ecc... sintomi, questi, che nella infezione pestosa sogliono essere i premonitori del male.

Vaccinazione. — Il vaccino adoperato era costituito da una emulsione batterica acquosa, contenente due miliardi di bacilli di Yersin per cmc., uccisi col calore a 70° C. per un'ora.

La vaccinazione fu praticata a tutti i contumaciati in conformità delle istruzioni relative all'uso del vaccino antipestoso emanate dalla Direzione Generale della Sanità Pubblica. Ne fu iniettato un cmc. per via sottocutanea agli adulti, e 1/2 o 1/3 di cmc., secondo i casi, ai minori di età. Dopo 5 o 6 giorni dalla prima iniezione fu ripetuta la stessa dose.

Intradermoreazione. — Fu praticata anzitutto negli ammalati in atto e nei guariti per constatare il comportamento di essa nella peste bubbonica, cosa che non mi risulta sia stata fatta precedentemente. Fu estesa inoltre in tutti i vaccinati per accertare se con tal mezzo fosse possibile controllare il risultato della vaccinazione.

La reazione fu eseguita col vaccino che avevo a disposizione e del quale ne iniettavo 0,20 cmc., mediante una siringa da tubercolina graduata al 1/10, nel derma del braccio destro ed in corrispondenza della superficie interna dell'arto.

Per il controllo di specificità, mi servii di siero normale di cavallo, che iniettavo alla stessa dose nel derma del braccio sinistro.

L'apprezzamento dei risultati veniva fatto dopo 12 e dopo 24 ore. Negli arabi, la lettura dei risultati della intradermoreazione offre una certa difficoltà per la pigmentazione dei tegumenti esterni, ma ho potuto notare che, avendo l'accorgimento di fare la osservazione al sole, la valutazione della reazione può essere fatta con sufficiente facilità.

Nei vaccinati, la intradermo-reazione fu costantemente positiva, eccettuato nel 4 % dei casi. Negli individui che avevano reagito negativamente fu ripetuta un'altra iniezione di un cmc. di vaccino, dopo la quale, la intradermo-reazione, nuovamente praticata, diede esito positivo.

Negli ammalati in atto si ebbe una reazione torpida, mentre nei convalescenti e nei guariti si ebbero risultati spiccatamente positivi.

I controlli diedero sempre esito negativo.

In seguito a questi risultati, credo che la pratica della intradermo-reazione nella peste possa riuscire utile specialmente per controllare la efficacia della vaccinazione. Simili risultati, del resto, sono stati pure osservati da diversi autori in altre malattie infettive acute.

Quanto alla reazione torpida negli ammalati in atto, ed a quella vivace nei convalescenti e nei guariti, mi limito alla semplice constatazione. Le ricerche sulle reazioni cutanee così numerose e varie secondo gli antigeni, nelle malattie infettive, non consentono, per ora, spiegazioni sicure atte a chiarire questo importante fenomeno biologico. Forse però, potrebbero entrare in giuoco i diminuiti poteri di difesa degli ammalati in atto e la formazione di uno stato immunitario nei convalescenti e nei guariti.

Siero-terapia specifica. — Opportunamente combinata alle cure sintomatiche generali e locali, fu estesa a tutti gli ammalati, seguendo le relative istruzioni emanate dall'on. Direzione Generale della Sanità Pubblica.

Furono praticate iniezioni sottocutanee, nella regione lombare, di siero antipestoso in dosi massive di 50-100 cmc. circa nel primo giorno, e della metà nei giorni successivi. In qualcuno dei casi più gravi si preferì iniettare il siero per via endovenosa in dosi di 20-30 cmc.

Non si ebbero a lamentare incidenti da siero.

Quanto agli effetti ottenuti da questo trattamento, si può dire che negli ammalati recenti, la sieroterapia produceva un certo miglioramento sulle condizioni generali dell'organismo, specialmente contribuendo a sollevare il paziente dallo stato di adinamia, caratteristico della infezione pestosa. Risultati meno favorevoli, però, si ebbero a notare sull'ulteriore decorso della malattia.

Negli ammalati di antica data ed in quelli più gravi, non si ebbe alcun giovamento apprezzabile.

I risultati della siero-terapia specifica, in genere limitati solo ai soggetti che erano in condizioni fisiche migliori, la scarsa entità dei bene-

fici apportati, limitati più allo stato generale che al decorso effettivo della malattia, fanno ritenere opportuno un confronto di essi con quelli della proteino-terapia aspecifica. A me mancò il modo di attuare simili indagini, ma sarebbe opportuno che queste fossero eseguite da chi si trovasse in adatte condizioni, allo scopo di chiarire meglio quale valore bisogna effettivamente dare alla specificità del siero nella cura della peste.

Infatti, come è noto, il problema della cura della peste non è ancora risolto, ed i risultati non molto favorevoli ottenuti col siero antipestoso, ai quali ho già accennato, sono stati riscontrati da moltissimi altri e nel maggior numero degli ammalati.

Basta ricordare a tal proposito, gli studi recentemente fatti dalla « Plague Commissions » (1927) per notare come, in effetti, il siero antipestoso non abbia raggiunto lo scopo sperato: secondo i risultati comunicati da detta commissione, 444 pestosi furono divisi in quattro gruppi, tenendo conto del loro stato setticemico. Al 1° gruppo (O) appartenevano quelli che non avevano germi in 1/4 di cmc. di sangue; al 2° (+) quelli che ne avevano 10 colonie; al 3° (+ +) quelli con colonie da 10 a 100; al 4° (+ + +) quelli che avevano più di 100 colonie. Da ogni gruppo, poi, alcuni furono curati con siero antipestoso, altri senza. Riproduco la tabella dei risultati:

	Trattate con siero	Controllo
(O)	85 casi di cui il 26% morti	70 casi di cui il 34% morti
(+)	45 » » » » 74,5% »	47 » » » » 74,5% »
(++)	15 » » » » 100% »	24 » » » » 100% »
(+++)	75 » » » » 100% »	81 » » » » 100% »

Ho voluto riprodurre questi risultati perchè essi, confrontati con i dati clinici da me rilevati, farebbero ammettere che al siero antipestoso potrebbe attribuirsi un'azione benefica solamente in quegli individui che si trovano in uno stato di malattia meno avanzato e meno grave.

Alcuni ricercatori (Jatta, Maggiora) avendo sperimentato il valore del siero antipestoso, usato a scopo curativo, sia in animali da esperimento, che in ammalati di peste, sono venuti alla conclusione che bisogna attribuire alla sieroterapia specifica, nella peste, un buon valore curativo. Essi hanno però iniettato il siero ad alte dosi (50-100 cc. ed anche più) per via endovenosa. A Sliten non furono mai praticate iniezioni di siero endovenose tanto abbondanti, quindi non ho esperienza personale sulla efficacia di simile trattamento. I risultati ottenuti dai detti AA. sono però così incoraggianti da dover esser tenuti in considerazione nella terapia della infezione pestosa.

Recentemente è stata tentata la cura della peste per mezzo del batteriofago.

Il d'Herelle, infatti, ad Alessandria d'Egitto ha impiegato la batteriofago-terapia, iniettando soluzioni di lisato batterico filtrato, nei bubboni di ammalati di peste: fu riscontrato un rapido miglioramento dello stato generale, la caduta della temperatura, nessuna reazione locale e la guarigione.

L'A. pensa che si potrebbe usare uno stok-batteriofago, preparato in precedenza, e col quale si potrebbero tentare anche le iniezioni intravenose nei casi di peste setticemica o polmonare.

Anche il Doorenboos (1927) ha sperimentato il batteriofago sui ratti. Egli ha constatato che, in seguito ad iniezioni sottocutanee di batteriofago antipestoso, i ratti resistono ad inoculazioni di dosi mortali di bacilli di Yersin. Risultati meno buoni ha ottenuto, invece, somministrando il batteriofago per *os*.

Per quanto le esperienze in proposito non siano numerose, pure lasciano a bene sperare per l'avvenire e dobbiamo augurarci che questo metodo di cura possa finalmente farci aver ragione su una malattia tanto grave.

Ricerche sui roditori. — Furono eseguite con molta attenzione, tenuto specialmente conto che i risultati erano costantemente negativi.

Alla cattura era stata adibita un'abilissima squadra di cacciatopi, ma quelli catturati furono in numero esiguo, cosa spiegabile data la topografia della regione che non offriva ai roditori nè un buon rifugio nè un abbondante nutrimento.

I topi catturati furono in tutto 29, dei quali 26 appartenevano ai *Mus decumani* e 3 ai *Mus musculi*.

Fatta un'accurata ricerca, tanto nella regione infetta quanto nelle vicinanze di essa, e per un largo raggio, non furono mai trovate carogne di topi.

Nella località non esistevano altre specie di roditori, nemmeno il *topo delle piramidi* che fu particolarmente ricercato appunto perchè recentemente menzionato come responsabile di focolai epidemici di peste nell'Africa del Nord.

Tutti i topi catturati furono sottoposti ad autopsia e, per quanto le condizioni dei loro organi non dimostrassero lesioni apprezzabili, furono costantemente eseguite ricerche microscopiche ed in alcuni casi anche culturali e biologiche, che esclusero completamente la presenza in essi di una infezione da bacillo di Yersin.

Se è indiscutibile che i roditori rappresentino un fattore importantissimo nella *diffusione* della

peste, appunto perchè, ammalandosene, possono trasportare la infezione da un punto ad un altro, non può però affermarsi che essi rappresentino gli unici vettori indispensabili nel contagio interumano di questa malattia.

La evoluzione della infezione pestosa nell'uomo e nei murini evolve in modo perfettamente simile. Il bacillo di Yersin si trova in circolo tanto nell'uomo come nei topi pestosi e, come la pulce si infetta dal topo ammalato e poi, pungendo l'uomo, può trasmettergli il male, nello stesso modo essa, pungendo l'uomo pestoso, può infettarsi e trasmettere il germe ad altro uomo.

Il contagio interumano della peste, per esempio, è stato quasi di regola nelle epidemie del Senegal.

Quelli che hanno descritto l'epidemia di Dakar del 1914, sono concordi nel riconoscere che la peste umana non fu nè preceduta nè accompagnata da epizoozia murina.

Il Laveau nel 1919, nella regione di Tivaouane, studiando il comportamento della infezione pestosa negli animali, non potè trovare alcun murino infetto, mentre gli indigeni per due anni furono decimati dal male.

Similmente più tardi, a Dakar, mentre infieriva la peste nell'uomo, i murini furono trovati indenni e, solo dopo molti mesi dacchè era cessata l'epidemia umana, si riscontrarono alcuni murini infetti.

Il Leger, che per più di un anno ha esaminato i topi a Dakar, non ha constatato alcuna relazione fra la percentuale dei topi pestosi trovati e l'andamento epidemiologico della peste umana.

Come spiegare questi fatti? Lo stato delle nostre conoscenze non ci permette ancora di poter dare una risposta esauriente. Forse però più esatte notizie sulle abitudini e sulla infeziosità delle pulci, potrà portare qualche luce alla soluzione di tale problema.

Ma non solamente le pulci, credo debbano considerarsi vettori della peste, ma anche le mosche ed altri insetti, come hanno recentemente dimostrato gli studi del Gosio-Alessandrini-Russo. Di ciò è bene tenerne conto specialmente perchè gli indigeni dell'Africa hanno per questi insetti una tolleranza incredibile, tanto da sopportare che dozzine di mosche camminino indisturbate sui loro corpi e sui loro volti, soffermandosi specialmente a succhiare gli umori o agli angoli della bocca o lungo le rime palpebrali, ove molto spesso si riscontrano abrasioni cutanee o ragadi.

Ho voluto succintamente esporre queste poche osservazioni, perchè altri, trovandosi in condizioni opportune, possano estenderle nello interesse di apportare ulteriori contributi alla conoscenza di questa grave infezione.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO DI ANATOMIA PATOLOGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI CAGLIARI.
Direttore: Prof. ARMANDO BUSINCO.

Echinococcosi metastatica polmonare.

(Contributo casistico, radiologico e patogenetico)

Dott. OTTAVIO BUSINCO.

È una complicazione assai rara della infestione echinococcica descritta esaurientemente da Devè in tutti gli aspetti patogenetici e clinici. Anzi, il quadro della malattia era stato riprodotto sperimentalmente dallo stesso Autore prima ancora che fosse stato osservato nell'uomo.

L'affezione è caratterizzata dalla evoluzione cistica intrapolmonare di scolici portati dal sangue. Teoricamente, essi vi possono arrivare col sangue venoso che affluisce da tutti i territori che formano in definitiva le due cave, e dal circolo arterioso attraverso le arterie bronchiali. Sostanzialmente, in tutti i casi finora descritti ed illuminati dal reperto necroscopico, la sorgente emboligena, cioè la cisti primitiva, era originariamente situata in sede dominante il distretto polmonare: abitualmente, quindi nel cuore destro (75 % dei casi), più raramente nel fegato od in altro organo interposto sempre nella via venosa (ossa iliache). Nell'unico caso descritto in letteratura da A. Businco in cui la cisti, a localizzazione sempre primitiva nel cuore, si era aperta nell'orecchietta sinistra dominando il grande circolo, il polmone era rimasto indenne, più libera e più naturale avendo trovata, la sabbia echinococcica, la strada per il cervello, la milza, i reni e gli arti inferiori, dove si rinvennero, in attività evolutiva, le disseminazioni metastatiche arteriose.

Nelle conseguenze della rottura di una cisti madre in un condotto venoso, si realizzano due possibilità: il passaggio di frustoli di membrana proligera o di minute cisti figlie, ovvero l'immissione di quel fino pulviscolo bianchiccio sospeso nel liquido idatideo, costituente la sabbia echinococcica, ricca di scolici o di piccole cisti proligere.

Ne conseguono due diversi aspetti dell'embolia: nel primo caso, i frammenti o le piccole cisti occludono tronchi vasali piuttosto grossi, non concedendo il tempo di riprodurre la forma originaria, imponendosi i disturbi meccanici; nel secondo caso è possibile, distribuendosi la sabbia a piccoli vasi del territorio polmonare, l'attecchimento degli scolici che integrano altrettante idatidi secondarie, metastatiche.

Da ciò la distinzione di una *embolia echinococcica* e di una *echinococcosi metastatica*.

L'*embolia echinococcica*, che a prima vista potrebbe essere scambiata con la forma metastatica, ha invece caratteri a sè. Infatti, mentre, in questa, gli emboli vescicolari ed i frustoli di membrana madre, arrestandosi in vasi anche voluminosi, conducono a morte rapida il soggetto per i gravi disturbi circolatori nell'ambito polmonare di che sono causa, nella *echinoccosi metastatica*, invece, il materiale versatosi in circolo è costituito da sabbia idatidea la quale ha tutto il tempo di portare a compimento il suo sviluppo cistico, là dove viene meccanicamente arrestata. Inoltre, come ha dimostrato lo stesso Devé, la rottura della cisti il più spesso è iterativa, per cui il suo contenuto può passare lentamente ed in tempi diversi nel circolo.

*
* *

Nella notevole rarità di questa complicanza, la forma metastatica polmonare è la meno infrequente: e risulta di grande interesse dottrinario e pratico perchè, dopo aver costituito esclusivo appannaggio del settore, oggi, in virtù dell'indagine radiologica, se ne rende possibile, e con una certa facilità, il riconoscimento *in vivo*, illuminando così, di una impareggiabile luce, una sindrome altrimenti buia ed ascritta a forme più comuni (tubercolosi, specialmente).

Scarsi sinora i contributi casistici, anche anatomici, e la più parte raccolti nella monografia della dottoressa Devé inspirata dal prof. Devé. Il Masci, nel 1923, ebbe la fortuna di aggiungere alle 16 ivi raccolte, altre due osservazioni, seguìte, nel 1927, da un'altra di Devé.

Ma se l'affezione è stata studiata, come si è detto, esaurientemente sotto l'aspetto clinico, patogenetico ed anatomico, nessuna descrizione radiologica era nota sino alle osservazioni del Masci. La stessa Devé, lamentando la mancanza di una documentazione radiologica della malattia, credeva di poterla ricostruire in base ai dati anatomici, nei seguenti termini: « presenza di formazioni opache delle dimensioni di una ciliegia circa, distribuite nei campi polmonari; ombra cardiaca ingrandita e deformata nel 75 % dei casi ».

Questa descrizione intuitiva fu pienamente confermata ed ampliata dal Masci che la trovò corrispondente nelle sue osservazioni, una delle quali controllata anche al tavolo anatomico.

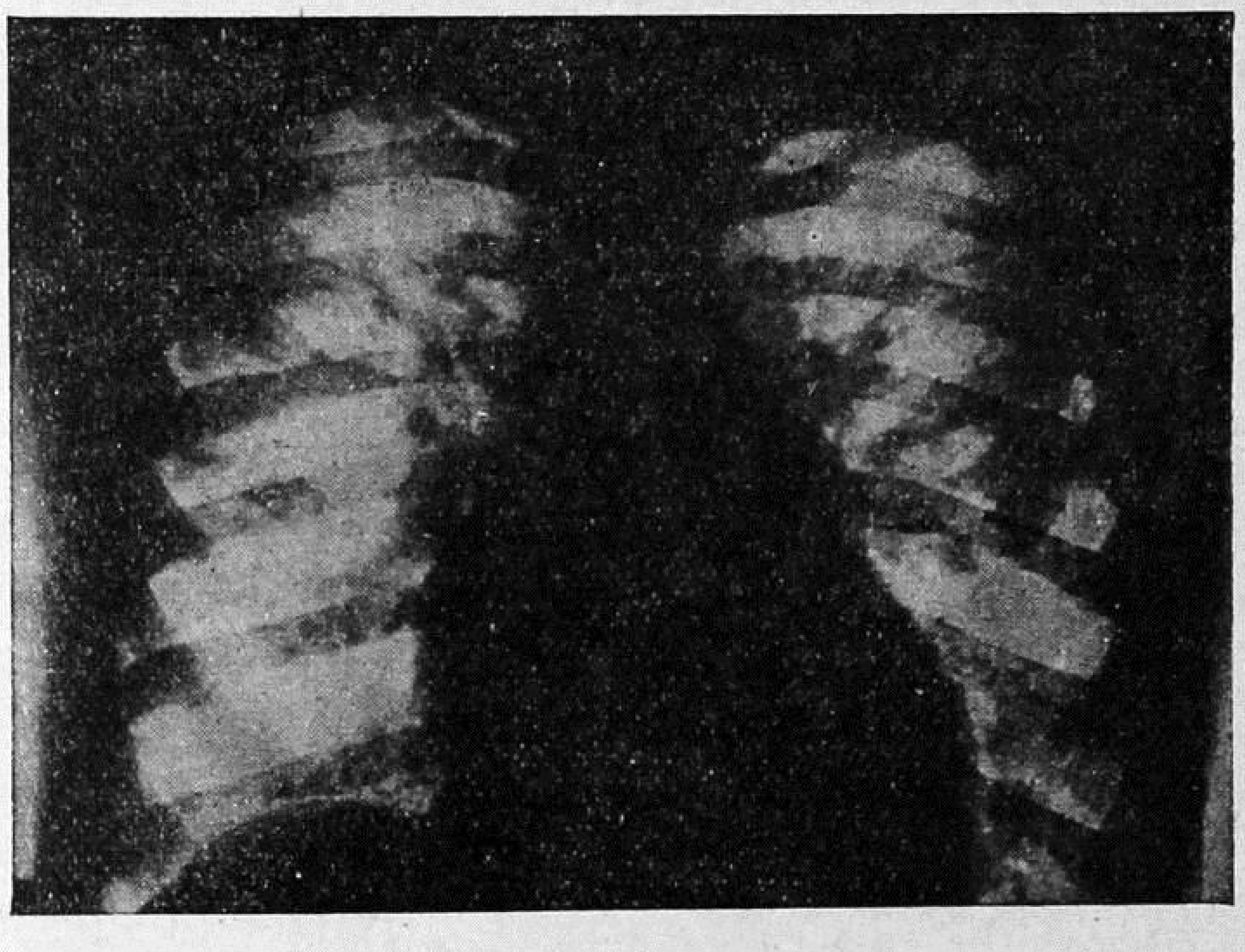
*
* *

A queste posso aggiungere il contributo di una mia recente osservazione personale che sarebbe, pertanto, la terza nella letteratura radiologica.

Trattasi di un individuo di 35 anni, impiegato, che, sempre sano, venne due anni or sono colto da dolori alla base toracica destra, da tosse stizzosa con escreato misto a sangue e da lievi rialzi termici Ad un breve periodo di acuzie seguì un relativo benessere colla persistenza, tuttavia, delle piccole emottisi e di qualche rialzo termico che si protrasse sino al maggio scorso, epoca in cui ebbe una vomica colla quale emise, assieme a grande quantità di liquido giallognolo, dei frustoli di membrana idatidea. Dopo questo episodio, lamenta dispnea al più lieve sforzo, debolezza, sputo non di raro emoptoico, pallore, frequenza di polso.

In un primo momento fu fatta la diagnosi di pleurite e ciò in riferimento a fatti subbiettivi ed obbiettivi presentati dall'infermo. La persistenza, sebbene in forma attenuata, dei disturbi inoltrò e confermò il sospetto di un processo tubercolare. La natura della malattia rimase chiarita solamente dalla vomica sopraggiunta. Riusciva tuttavia inesplicabile, dopo tale crisi, che, di solito, è risolutiva nel decorso dell'idatide polmonare unica, non solo il persistere ma anche l'accentuarsi dei disturbi respiratori. A questo punto il malato si presenta alla mia osservazione.

L'esame obbiettivo è poco dimostrativo. Il soggetto è in stato di nutrizione scaduto, bruno-pallido, con cianosi delle labbra, polso piccolo, molle, di 76-80 battiti al m. Il torace appiattito, con spazi intercostali ampi, con una certa visibilità



del reticolo venoso della regione supero-anteriore del torace, ipofonesi timpanica nella regione infrascapolare sinistra, striscie di risonanza normale alternate ad aree d'ipofonesi nella regione ascellare; lo stesso comportamento, ma meno distinto, si riscontra a destra; margini polmonari abbassati e poco mobili. All'ascoltazione, respiro un po' indebolito con tonalità aspra a destra e nella regione infrascapolare sinistra. Area cardiaca ingrandita. Toni un po' indeboliti ma puri. Il 2° tono alla base è accentuato. Nulla di rilevabile a carico degli altri organi. Il malato mantiene consueto l'appetito, le funzioni intestinali si compiono bene, ma, persona intelligente, è molto preoccupato del suo stato.

Il compito esplicativo spettava allo schermo radiologico. Esso, infatti, mostrò la disseminazione, nei campi polmonari, di ombre delle dimensioni da una nocciola ad una noce, talune a contorni netti, altre a contorni sfumati, ma tutte ad opacità poco marcata. Tali formazioni erano più numerose a sinistra, dove apparivano raggruppate a grappolo nella regione ilare. Lo sfondo polmonare era abnormemente trasparente, i seni laterali

del diaframma, ampi, l'ombra cardiaca slargata, mostrava a considerare, nella regione d'imbocco della cava superiore nell'atrio destro, una sporgenza nettamente limitata verso il campo polmonare (fig. 1).

L'aspetto radiologico delle formazioni descritte, l'ingrandimento dell'ombra cardiaca e la deformazione del suo profilo destro, associati ai precedenti anamnestici del soggetto, facevano porre la diagnosi di echinococcosi metastatica a verosimile partenza da un'idatide primitiva del cuore.

La supposizione della primitività cardiaca si fonda, non tanto sulle considerazioni generali concernenti la più frequente localizzazione dell'idatide in quest'organo, quanto, sopra tutto, sull'obbiettivo riscontro di alterazioni dell'ombra cardiaca e sull'assoluta integrità anamnestica ed obbiettiva degli altri visceri e dello scheletro.

*
* *

Qualche considerazione sul caso. Riandando sull'anamnesi si è potuto accertare che quattro anni prima dell'epoca attuale il paz. aveva un cane da caccia. Nessun altro elemento si può riconoscere in ordine epidemiologico. Il periodo del contagio si può far risalire ad almeno un anno prima del tempo in cui comparvero le prime manifestazioni. E il decorso, per quanto si sa, si può con grande approssimazione al vero, così ricostruire. Penetrato, l'embrione, nel tubo digerente, liberato del guscio chitinoso, imboccata la via portale, per le nozioni patogenetiche acquisite e delle quali ho anche trattato in un mio recente lavoro sull'echinococco primitivo del polmone, — giusta l'interpretazione logica che delle localiz zazioni idatiche extraepatiche dà Businco A. — esso ha attraversato il fegato, e, giunto nel cuore destro, vi si è fissato. Nei casi noti di echinococcosi cardiaca, l'insediamento è stato più comunemente riscontrato a destra. Le localizzazioni nel settore di sinistra sono ancor meno comuni (Pepere, Barbacci, Bacchi). Anche nel citato caso di Businco A. la cisti primitiva appariva nella compagine del setto interatriale, ma si era aperta nell'orecchietta sinistra.

Per criteri di analogia, derivanti dall'insegnamento delle osservazioni anatomiche e specialmente dalla obbiettiva deformazione del cuore, si può verosimilmente supporre che qui, nel nostro caso, siasi primitivamente insediato l'embrione una volta trafilatosi dal fegato e pervenuto nella grande circolazione venosa. L'evoluzione cistica dell'embrione nell'organo di arrivo è lenta.

Secondo Leuckart impiegherebbe quattro mesi a raggiungere le dimensioni di una sfera di 2 ctm. di diametro. Ma l'accrescimento può essere sollecitato, ostacolato e complicato dalla struttura e dalla funzione dell'organo ospite. Gli organi muscolari come il cuore, a differenza dei parenchimali, dopo aver ostacolato, per le loro contrazioni, l'insediamento di un embolo parassitario, micotico od anche neoplastico, ne inceppano la crescita. Nel caso dell'echinococco cardiaco, poi, la sua natura cistica e la peculiare sede d'impianto, determinano l'esito in rottura per distruzione del sepimento muscolo cardiaco. Ciò è un'evenienza ordinaria favorita ancora dalla alternativa di contrazioni e rilasciamenti del muscolo cardiaco. Così si capisce come idatidi piuttosto piccole si aprano ed integrino il quadro dell'embolia del territorio sanguigno sottostante. Le sofferenze dell'ammalato coincidono, appunto, con l'episodio embolizzante e si aggravano fatalmente a mano a mano che aumentano di volume le cisti secondarie. Il cuore, come risulta da qualche osservazione blastomatosa e anche echinococcica, può sopportare una notevole invasione delle sue carni prima di dar segni di stanchezza. Nel citato caso di Businco A. più di 1/3 della massa muscolare era sottratta alla funzione, e ciò nonostante il caso si era imposto all'attenzione per i fatti cerebrali e per l'asfissia simmetrica delle estremità. Così, appunto, nel mio caso: la sindrome apparentemente iniziale della malattia, coincide con la comparsa di dolori improvvisi specie alla base toracica destra, accompagnati da tosse stizzosa e da escreato sanguigno. Fu interpretata come una pleurite, ma, *a posteriori*, possiamo affermare che quel momento segnò la rottura della cisti cardiaca e l'invasione embolica del suo materiale nel circolo polmonare. La segnalazione del dolore alla base destra, parallelamente alla cognizione della maggior frequenza di qualsiasi genere di emboli in questa regione, rende più attendibile questa supposizione. Seguì un periodo di relativo benessere con persistenza delle emottisi e di qualche rialzo termico. Ed ecco che il malato fu creduto affetto da tubercolosi, ingannato in ciò, il clinico, anche da un reperto radioscopico incerto.

Dopo il periodo di latenza dell'idatide cardiaca, dopo una seconda fase che comincia col detto episodio embolizzante, corrispondente allo stadio pseudo-turbecolare di oltre un anno di decorso, la natura provvede a dilucidare, in parte soltanto, l'oscuro problema diagnostico. Si verifica, improvvisamente, fra il solito corteo di sintomi (asfitico-emoftoici e tosse), la vomica di frustoli di membrana parassitaria con discreta quantità di liquido giallognolo. Come ci possiamo dare ragione del fatto? Coll'ammettere che contemporaneamente all'insediamento nel cuore un altro embrione siasi localizzato nella base del polmone destro, o con l'innesto, qui, in seguito alla rottura della prima ed unica produzione nel cuore destro.

La valutazione dei dati obbiettivi, i criteri dottrinari che scaturiscono dall'esperienza acquisita

in materia, sospingono ad affermare la seconda ipotesi. È verosimile, pure, che la cisti vuotatasi in vomica sia stata generata da una disseminazione di scolici anteriore a quelle altre che ora si sono riscontrate all'esame radiologico e che sia andata incontro alla suppurazione. Con ciò risulterebbe anche chiarita la speciale caratteristica della vomica ed il precedente contegno subfebbrile della malattia in questa fase.

Comincia in tal modo con la vomica, la terza e ultima e, purtroppo, fatalmente progressiva fase del processo morboso, caratterizzato da crescente dispnea, affanno al più lieve sforzo, tosse secca, stizzosa con emissione di sputi piccoli, densi, giallognoli, striati di sangue o arrossati da qualche grumetto, ecc.

Gli embrioni si evolvono nei diversi territori di arrivo: si sviluppano e crescono le cisti secondarie, diminuendo l'area respiratoria anche per la congestione che accompagna persino le cisti isolate o solitarie del polmone; aumenta pure l'anossiemia per cui questi ammalati, che pure dimostrano di avere i polmoni relativamente meno lesi di molti tubercolotici, risultano, più di questi, offesi dal lato ematosi.

Il punto di partenza di questi gravi progressivi disturbi ha coinciso, come si è detto, con la vomica. Si potrebbe, allora, pensare che sabbia echinococcica, nell'atto di essere emessa, sia stata, invece, aspirata negli altri territori bronchiali, e, pervenuta nelle più remote diramazioni infundibulo-alveolari, abbia potuto dar luogo all'attecchimento dei germi, con meccanismo, quindi, bronchigeno o inalatorio, come potrebbe dirsi.

Ma, si deve notare che l'echinococcosi polmonare per inalazione, se pure prospettata dai medici australiani e ritenuta probabile anche da qualche altro studioso, non ha ricevuto alcuna sanzione sperimentale. A prescindere da altre considerazioni da me fatte nel citato lavoro e da tutta una serie di fatti elencati e messi in evidenza da Businco A. in un lavoro recentissimo in cui tratta della patogenesi dell'echinococcosi, su vasta osservazione di materiale umano ed animale, l'innesto bronchigeno di germi echinococcici ha fallito nelle mani dello stesso Devè e dell'Antonucci poichè l'ambiente bronchiale non offre quella sufficiente acidità nè la composizione dei succhi occorrente a liberare l'embrione dal suo rivestimento chitinoso. Ma, poichè di uova non trattasi nella forma in parola, deve aggiungersi che le comuni difese del polmone sono sufficienti a liberarsi di questi corpi estranei. Senza contare che se la cisti, come l'aspetto suo all'atto del vuotarsi fa ritenere, era in suppurazione, gli scolici non erano più vitali e che ciò ammesso, il reperto di cisti in tutti i distretti del campo polmonare — dalle basi agli apici — mal si conciliano con una originaria infestione secondaria da idatide primitiva dello stesso polmone, apertasi nell'albero bronchiale. Invece, le conoscenze sulla biologia dell'embrione, quelle acquisite sulla sua evoluzione cistica, la irregolare disseminazione, secondo un ordine che ricorda le metastasi ematogene, rende più attendibile, se non addirittura indiscutibile, la genesi sanguigna. Tanto più ciò quando si soggiunga che è assodato, per l'esperienza di Devé e di Businco A. che una cisti idatica può rompersi e saldarsi più volte (rottura iterativa), a prescindere pure da peculiari disposizioni della capsula che possono permettere la spremitura del suo contenuto saltuariamente. Una dimostrazione di questo meccanismo l'abbiamo in un radiogramma del Masci, in cui, accanto a formazione delle dimensioni di una nocciola, altre due ve n'erano assai più voluminose, riferibili ad una disseminazione precedente.

*
* *

Quindi, idatide echinococcica primitiva del cuore destro, molto verosimilmente dell'atrio, apertura in questo, emboli idatigeni attecchiti e sviluppantisi nei polmoni: il quadro, in altre parole, patogeneticamente classico, della echinococcosi metastatica polmonare.

Il cui decorso si può, in ogni caso sovrapporre a quanto si è osservato nel mio caso, e che si può riassumere in tre periodi: un *primo* di latenza, subdolo, vuoi che la cisti madre sia localizzata nel cuore, vuoi nel fegato od in altro distretto; un *secondo*, contrassegnato dall'embolia polmonare (che, quando intervenga in soggetto sano, senza precedenti cardiopatici o di comuni processi embolizzanti, potrebbe, d'ora innanzi, lasciar sospettare la forma in parola) e da un successivo relativo benessere con inesplicabili piccole emottisi, con reperto bacillare negativo e senza segni obbiettivi polmonari di tubercolosi. Questo passa nel *terzo periodo* caratterizzato da fenomeni adinamico-asfittici, o gradualmente o improvvisamente, colla coincidenza di vomiche ripetute.

La sintomatologia s'inquadra allora decisamente. Su lo sfondo di disturbi generali consistenti in deperimento, astenia, movimento febbrile, orticaria, ecc. s'intrecciano segni d'insufficienza respiratoria e cardiaca.

I *segni polmonari* si possono riassumere in dispnea dipendente non solo da diminuita ematosi per la presenza delle cisti e di tutte le altre manifestazioni pleuro-polmonari reattive, ma, per quanto in minor misura, dalle alterazioni organiche del muscolo cardiaco, da tosse reattiva con espettorato muco-purulento spesso frammisto a sangue, da dolori toracici, dal verificarsi di

vomiche ripetute con emissione di piccole cisti, vomiche non così drammatiche come nella idatide polmonare unica. Obbiettivamente, si rilevano segni di bronchite, broncopolmonite, pleurite, ecc.

I *segni cardiaci* consistono in aumento dell'aia di ottusità, rumori anormali all'ascoltazione, soffi sistolici, rinforzo del 2° tono polmonare, tachicardia, asistolia, ecc.

In base al prevalere dell'uno o dell'altro ordine di sintomi, Devé ha distinto nella echinococcosi metastatica una forma *idatidea polmonare* in apparenza comune, una forma *pseudotubercolare*, una *pleuritica*, una *sistolica*, una *lipotimica*. A me pare, invece, che tutti questi quadri clinici schematizzati da Devé, siano piuttosto delle fasi attraverso le quali **decorre in** genere la malattia. Infatti, nella mia osservazione, da prima si ebbe risentimento pleurico, che ha accompagnato l'embolia polmonare, poi si passò alla fase pseudo tubercolare (rialzi febbrili, deperimento, sputo emoptoico), cui seguì la fase d'idatide polmonare (tosse, emottisi, dolori toracici, vomica). Nella fase attuale prevale una sintomatologia mista, con tosse, piccole emottisi, accessi dispnoici, tachicardia, insufficienza *cordis*, lipotimia. Infine prevalgono i fatti cardiaci che, nella massima parte dei casi, portano a morte l'ammalato in piena asistolia.

* * *

La diagnosi completa della malattia per la scarsità dei segni obbiettivi, non fu mai fatta prima dell'era radiologica, benchè la natura dei disturbi fosse sempre chiarita dalla comparsa delle vomiche che suggeriva la diagnosi generica di idatide polmonare.

Devé ne poggiava la diagnosi sulla coesistenza di due elementi: presenza, in un giovane, di disturbi cardiaci di natura indeterminata — non congenita, non reumatica nè infettiva — assieme a vomiche di vescicole idatidee. Solo il Masci per il primo, col sussidio dell'esame radiologico potè riconoscere in vivo l'affezione. I dati clinici conservano tuttavia, anche quì il loro valore, ma il punto fermo al quesito diagnostico è posto dall'osservazione dinanzi allo schermo.

* * *

Come si presenta il quadro radio-morfologico? La presenza di ombre rotondeggianti, ovalari od allungate, a seconda della direzione del raggio normale, delle dimensioni da una nocciola ad una noce, distribuite irregolarmente nei campi polmonari, in un individuo che abbia avuto delle vomiche a contenuto idatideo, è elemento fondamentale per la diagnosi di echinococcosi metastatica. Il quadro radiologico è inoltre completato dalla presenza di ombre anulari (cavità residuate alle vomiche), dalla abnorme trasparenza dei campi polmonari che si presentano più ampi che di norma per la posizione inspiratoria dei diaframmi, dalla presenza di aderenze, aree di velatura, ecc. ed infine dalla espressione radiologica di tutte le complicazioni comuni all'idatide polmonare.

Ma il compito dell'esplorazione radiologica non si esaurisce quì, poichè il quadro testè descritto potrebbe significare l'esistenza di una *echinococcosi multiviscerale* primitiva a localizzazioni polmonari multiple. Occorre ancora, pertanto, cercare l'idatide primitiva. Il reperto, perciò di un'ombra cardiaca ingrandita e deformata depone per la primitività della sede in quest'organo, come pure la constatazione di una tumescenza in altro viscere o nello scheletro, rilevabile all'esame clinico o radiologico, permettono di localizzare quivi, con molta verosimiglianza, la cisti primitiva.

Altre formazioni metastatiche di natura neoplastica, possono mascherare gli stessi aspetti delle cisti idatidee, ma, prescindendo dalla sintomatologia clinica, esse risultano dotate di tonalità d'ombra più intensa, nè il cuore si mostra ingrandito e deformato come frequentemente avviene nell'echinococcosi. La manovra suggerita da Nemenow, come criterio radiologico differenziale fra le due varietà di manifestazioni e che consisterebbe nella deformabilità durante gli atti respiratori delle cisti, non è stata, nella mia osservazione, dimostrativa forse per il notevole grado di enfisema che non permetteva di raggiungere quel necessario dislivello della pressione endotoracica tra le due fasi del respiro.

* * *

Stando a quanto si può presumere dal quadro radiologico e con l'ausilio delle altre cognizioni anatomiche, il corrispondente quadro anatomico della malattia è caratterizzato: 1) da un'idatide fertile, non molto grande, nel cuore destro, deiscente nelle cavità, per lo più in quella atriale; o nel fegato, quì più voluminosa, comunicante con la vena cava inf. nel suo decorso intraepatico o con un grosso ramo sovraepatico ovvero in altro organo per lo più tributario della cava inferiore (ossa iliache, ecc.); 2) da un numero più o meno grande di cisti sterili disseminate nei campi polmonari, di taglia per lo più uguale o poco differente fra di loro che stanno a rappresentare disseminazioni contemporanee o succedutesi a vari intervalli e la cui provenienza dai vasi è talora evidente, come dimostra l'ultima osservazione di Devé che si riferisce ad embolie periarteriali sviluppatesi nella compagine delle tuniche vasali; 3) da aree di sclerosi che possono rappresentare l'esito in guarigione delle cisti, da focolai infiammatori pa-

renchimali o pleurici, da cavità piuttosto piccole a pareti collabite o distese da contenuto, ecc. I polmoni presentano enfisema vicariante di grado notevole.

*
* *

L'interesse della diagnosi è principalmente prognostico, poichè l'affezione è inesorabilmente mortale. L'esito soppraviene in un lasso di tempo che puo comprendersi fra pochi mesi e qualche anno (3-4 al massimo) dalla comparsa dei primi disturbi.

Tutti i tentativi terapeutici sinora escogitati (radioterapia, sublimato, emetina, etere, arsenobenzolo, stibenil) sono riusciti vani. L'intervento chirurgico, che pure sarebbe il trattamento di elezione nella idatide unica, è quì assolutamente controindicato per ovvie ragioni. Anche il Devé ed il Masci riconoscono questa triste, dolorosa realtà, e con loro, bisogna dire che, allo stato attuale, un mezzo efficace può solo attendersi dalla scoperta di una sostanza chemioterapica parassitotropa. E, pertanto, in località opportuna ed in malati disposti, ogni tentativo, nel senso terapeutico, sarebbe da osarsi.

NOTA. — L'ammalato, oggetto di questa nota, è venuto a morte nel luglio 1928.

BIBLIOGRAFIA.

1. BAECHI. Policlinico, S. M., 1909.
2. BARBACCI. Pathologica, 1909, p. 173.
3. BUSINCO A. Ibid., 1922, p. 1.
4. ID. Rivista di Biologia, 1927, f. 3.
5. BUSINCO O. Radiologia Medica, 1927, f. 12.
6. DEVÉ E. Ed. Steinheil, 1916, Paris.
7. DEVÉ F. Comptes rendu de la Soc. de Biol., 1927, p. 552.
8. MASCI. Policlinico, S. M., 1922.
9. ID. Riv. Ospedaliera, 1923, n. 13.
10. NEMENOW. Fort. auf Geb. der Roent., Kh. 13.
11. PEPERE Arch. Scienze Mediche, vol. 33, n. 24.

POLICLINICO UMBERTO I in ROMA

VIII Padiglione diretto dal prof. AGOSTINO CARDUCCI

Considerazioni diagnostiche differenziali sulla cisti di echinococco del polmone.

Dott. PIETRO FILIPPELLA, aiuto medico.

Credo che offra un certo interesse pratico di prendere occasione da un caso di echinococco del polmone, osservato e studiato durante il mio servizio di aiuto nell'VIII Padiglione del Policlinico Umberto I, per ricapitolare e discutere i criteri diagnostici differenziali che debbono guidare il medico che si trovi di fronte ad una tale malattia ed in ispecie per ricordare e convalidare l'importanza di un dato semeiologico rilevato ed illustrato dal prof. Carducci, dato che si mette in evidenza coi comuni mezzi, alla portata di qualsiasi medico, il quale può con un certo qual fondamento in unione agli altri criteri anamnestici ed obbiettivi, farci indirizzare con grande approssimazione verso tale concezione diagnostica, senza bisogno di ricorrere agli esami speciali di laboratorio che, oltre a non essere alla portata di tutti, possono pure dare risultati contraddittori.

Si tratta di un uomo di 33 anni, facchino, ricoverato nel Padiglione il 28 gennaio 1928. Egli riferiva che 12 giorni prima dell'ingresso in Ospedale cominciò a notare senso di malessere e stanchezza generale: contemporaneamente comparve febbre elevata (39,5). Il giorno seguente avvertì un dolore puntorio alla regione mammaria destra, dolore continuo che si irradiava in alto verso la spalla dello stesso lato, si acuiva con la tosse ed era accompagnato da modica espettorazione

Nei suoi precedenti si potè rilevare che circa tre anni prima era stato colpito da un forte dolore puntorio in corrispondenza della stessa regione, dolore che si era poi ripresentato a varie riprese.

Circa cinque anni fa aveva sofferto febbri malariche per cui fu ricoverato in Ospedale. Otto anni avanti aveva avuto un attacco di orticaria. Ha avuto contatto con cani.

Nell'aprile 1927 blenorragia seguita qualche tempo più tardi da un'ulcera diagnosticata in clinica Dermosifilopatica per sifilosclerosi, venendo perciò sottoposto ad una cura di una serie di neosalvarsan per iniezioni endovenose.

Esame obbiettivo. — Condizioni generali buone: non tollerato il decubito laterale destro; nutrizione ben conservata; colorito della cute bruno, delle mucose visibili roseo.

Sistema linfoglandolare: nulla di speciale.

Scheletro e apparato locomotore: normale.

Pupille uguali, reagenti. Lingua impatinata umida. Nulla al faringe. Polso di frequenza normale, uguale, di media ampiezza e pressione. Respiro 24 a tipo prevalentemente addominale.

Temperatura 38,7 al momento dell'esame. Capo e collo nulla. Tiroide normale.

Torace — Appiattito nel diametro antero-posteriore, angolo del Louis poco sporgente, angolo epigastrico ottuso: traccie di revulsivi sulla regione antero-superiore dell'emitorace destro; la regione sopra e sotto claveare destra è più sporgente della sinistra e così la regione ipocondriaca, specie all'arcata, cui non segue la normale avvallatura come dal lato opposto. L'emitorace destro si solleva in blocco nelle inspirazioni e nella metà superiore anteriormente appare come inchiodata.

Apici ad eguale e normale altezza: diametro cucullare destro un po' ristretto; basi abbassate di tre dita; si espandono bene.

Alla percussione comparativa posteriormente a destra sulla zona scapolare si ha una riduzione di suono marcata di forma rotondeggiante a concavità verso l'esterno che, colla percussione leggera, giunge sulla linea medio scapolare in corrispondenza della spina della scapola, verso la colonna vertebrale giunge alla margino-scapolare, sulla ascellare posteriore poco al di sopra dell'angolo inferiore della scapola; mentre colla percussione forte si circoscrive un'ottusità due dita trasverse esternamente alla prima. Tale ot-

tusità si estende anche sulla regione sotto-ascellare dove occupa tutto il cavo ascellare, comportandosi come è detto sopra colle due varie percussioni. Anche sulla regione sopraclaveare si ha una leggera riduzione di suono e ottusità assoluta sulla regione sottoclaveare dove, colla percussione forte, si delimita una zona rotonda ottusa che, sull'ascellare anteriore, giunge un dito traverso sopra il livello della papilla mammaria, sulla medio-claveare al terzo spazio, sulla parasternale al secondo spazio, confondendosi poi coll'ottusità cardiaca e con la percussione leggera si inscrive una zona ottusa due dita all'interno.

Non si provoca il fremito idatideo. Il fremito vocale tattile sulla zona di ottusità posteriormente è molto indebolito, sulla regione sotto-ascellare e sottoclaveare non si trasmette affatto: alla ascoltazione murmure vescicolare fievole posteriormente con qualche scarso rumore accessorio secco; sulla regione sottoclaveare silenzio respiratorio, senza rumori accessori.

Cuore. — Itto della punta non visibile nè palpabile; aia cardiaca in gran parte coperta; all'ascoltazione toni un po' lontani.

Addome. — Trattabile, indolente, nulla alla palpazione superficiale e profonda.

Fegato. — Limite superiore abbassato di un paio di dita con zona di interferenza polmonare coll'ottusità sottoclaveare; in basso non si palpa; ma con la percussione il limite inferiore si localizza poco sopra l'ombellicale trasversa.

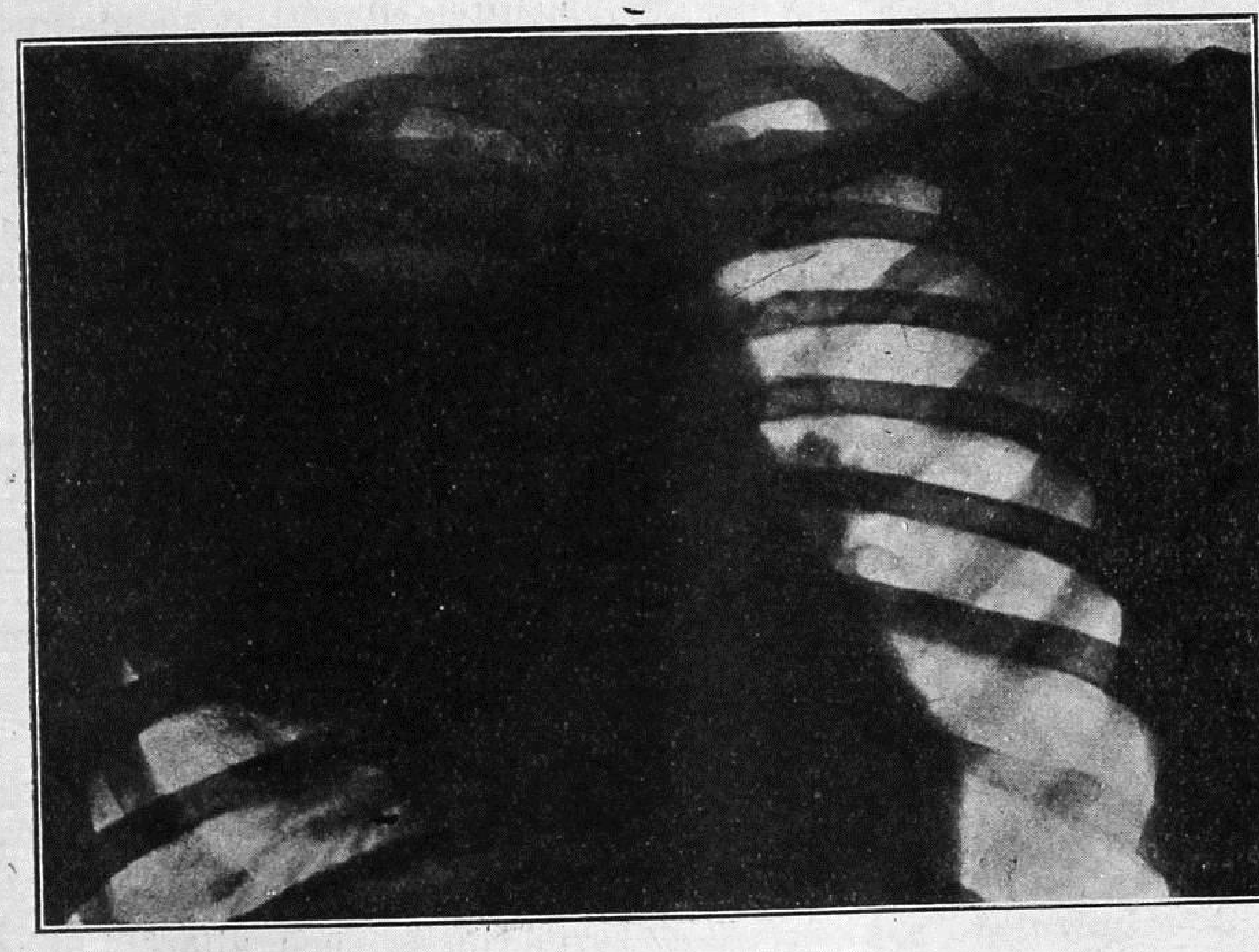
Milza. — Nei limiti normali.

Esami di laboratorio. — Esame delle urine: negativo. Esame del sangue: nulla a carico della serie rossa. Leucociti 8,400 di cui: neutrofili 66 %, eosinofili 1 %, basofili 0 %, linfociti piccoli 30 %, monociti 3 %.

Weinberg negativa. Casoni negativa. R. W. + + + completa.

Esame dell'espettorato. — Negativo per il b. di Koch.

Esame radioscopico. — Grossa ombra rotonda che occupa il terzo medio dell'emitorace destro, con il margine inferiore netto, mentre il superiore non è netto nè nella forma, nè nei confini, reperto confermato dalla radiografia (v. fig.).



Nei primi tre giorni di degenza l'infermo ebbe una febbre continua con remittenze al mattino col massimo di 38,7, un minimo di 37,2: poi sfebbrò, residuando solo piccole elevazioni di temperatura serotine.

Il 15 febbraio 1928 viene operato dal prof. Margarucci.

Anestesia locale novocainica: in corrispondenza della VI costola tra la linea paraspinosa destra e l'ascellare posteriore: resezione della VI costola, apertura della pleura la quale aderisce solo parzialmente al settore posteriore della sacca cistica che si vede che è sviluppata preferentemente nella zona media e superiore del polmone; poichè le parziali aderenze non consentono di aprire in questo punto la parete cistica senza che il contenuto cada nel cavo pleurico, si stabilisce di accedere sulla porzione anterolaterale della cisti, la quale sembra che in quel luogo abbia maggiori aderenze colla pleura parietale; si richiude perciò la breccia fatta e si procede ad una nuova toracotomia nella regione laterale del torace, praticando un'incisione che dall'apice dell'ascella conduce fino alla papilla mammaria e resecando in questo tratto la corrispondente porzione della IV costola, anche in questa zona, però, specialmente in alto e posteriormente le aderenze della cisti colla pleura parietale non sono estese, però nei 2/3 inferiori della breccia operatoria le aderenze sono tali da permettere l'apertura della cavità cistica. La porzione alta della ferita ove la pleura parietale è libera viene zaffata prima di incidere la cisti, dopo di avere scollato per un buon tratto la pleura parietale stessa dai muscoli intercostali onde poterla avvicinare alla porzione corrispondente della cisti e tenerla addossata a mezzo di detto tampone, dopo di che si incide la parete cistica compresa la porzione fusa con essa di pleura parietale e si evacua il contenuto liquido e l'unica membrana madre. Facilita questa manovra la tosse da cui l'infermo viene colto. Si prosciuga rapidamente il cavo e si zaffa con garza iodoformica.

Dei tre punti su cui occorre portare la discussione nello studio diagnostico dei malati: dati anamnestici, rilievi obbiettivi, risultati di ricerche di laboratorio, i primi nel nostro caso non ci fornivano alcun orientamento, assumendo il dolore insorto tre anni prima e poi ripresentatosi ad intervalli alla spalla destra una importanza soltanto retrospettiva e d'altra parte parlando l'anamnesi prossima per un'affezione acuta dell'apparato respiratorio in senso lato.

L'attacco di orticaria sofferto otto anni avanti poteva pure avere importanza solo al lume dei risultati delle ulteriori ricerche.

Risultava inoltre una pregressa infezione luetica da mettersi nel piatto della bilancia per la natura del''affezione.

L'accurato esame obbiettivo invece ci forniva un reperto importantissimo che faceva con ogni probabilità porre la diagnosi della malattia.

Infatti una ottusità toracica circoscrita, a limiti netti, nelle regioni che normalmente sono occupate da suono chiaro polmonare, può essere data o da un corpo privo di aria che si interponga tra la parete costale e il polmone, come potrebbe essere una raccolta pleurica saccata, o da un corpo solido o cistico pieno di liquido che, sviluppandosi nel parenchima polmonare, vada a un certo momento a toccare la parete toracica; ed abbiamo in tale caso da prendere in considerazione o un tumore, o una gomma, o un ascesso, o una cisti e qui sta la importanza del segno rilevato ed illustrato dal prof. Carducci, che vale a farci distinguere la raccolta incistata pleurica dalla tumefazione in senso lato che si sviluppi nel parenchima polmonare e vada a un certo momento a toccare la parete toracica; perchè, mentre nella prima si ha colla percussione forte una ottusità inscritta a quella che si ottiene colla percussione debole, nella seconda si ha il contrario, cioè con la percussione forte un'ottusità più ampia di quella che con la percussione debole e ciò ha la sua chiara spiegazione anatomo-fisica.

Infatti nella prima la raccolta, formandosi tra la pleura e il polmone ed in questo affondandosi, assume la forma come di una emisfera che si approfonda nel parenchima polmonare dalla parte convessa ed offre perciò più spessore nella parte centrale di quello che alla periferia sicchè, percuotendo leggermente, si deve giungere fino alla periferia della raccolta per avere un suono polmonare, mentre, percuotendo forte, risuona il polmone concentricamente sottostante; contrariamente nella tumefazione sia essa cisti o tumore, o ascesso, o gomma che si sviluppi nel parenchima polmonare accade che dette formazioni di forma sferica vanno a toccare la parete toracica nella parte che affiora più convessa, mentre tra la parte che affiora e la parte che, digradando, si allontana dalla parete toracica vi è una parte aereata di polmone che va aumentando dal centro alla periferia, sicchè percuotendo piano si proietta sulla parete toracica la zona ottusa a contatto diretto con essa, mentre la percussione forte ci dà una zona di ottusità più grande, data dalla tumefazione più profonda e ricoperta ancora da polmone aereato.

Questo rilievo semeiologico importantissimo però non ci dà dati per la natura di questo corpo sviluppatosi nella massa polmonare e la diagnosi fra le varie forme dovrà farsi in base ad altri criteri anamnestici, obbiettivi e di laboratorio. Ora nel caso nostro si sarebbe potuta fare la diagnosi di cisti di echinococco con grande probabilità tenendo in considerazione gli altri dati obbiettivi rilevati e riandando alla storia anamnestica.

Avevamo infatti a che fare con un uomo robusto, affatto deperito, senza risentimento dell'apparato glandolare: la sua affezione quindi non era di quelle che si ripercuotono sullo stato generale, come ad esempio: un tumore. Non poteva dunque ammettersi un tumore che avesse raggiunto una tale grandezza come nel nostro malato senza darci altri segni di sè.

Si escludeva pure un ascesso, mancando le cause etiologiche, la febbre, la ripercussione sullo stato della crasi sanguigna.

Non si sarebbe potuto ammettere una gomma dato l'enorme volume.

Non restava quindi che propendere per la cisti di echinococco ed allora si spiegava il dolore comparso anni prima e poi ripresentatosi a varie riprese, con attacchi di risentimento pleurico reattivo alla estrinsecazione della cisti verso la periferia e forse anche l'attacco di orticaria era dovuto alla esistenza già della cisti: l'individuo aveva avuto pure contatto con cani. E nel nostro caso tali considerazioni acquistano maggiore importanza in quanto gli esami di laboratorio e le prove biologiche riuscirono tutte negative come non infrequentemente si ha per la mancanza di penetrazione in circolo del liquido cistico, per cui l'organismo non reagisce e non è reso ipersensibile ad esso.

Sicchè in questo caso, non potendosi eseguire la puntura esplorativa per i noti pericoli d'anafilassi, non c'era che l'esame radiologico che potesse confermare l'ipotesi fatta: ed infatti la confermò; ma a volte anche l'esame radiologico che, a prima vista sembrerebbe il più decisivo, può risultare non probativo ad esempio: quando attorno alla cisti vi sia una intensa reazione che renda i contorni di essa non netti, come si aveva un accenno nel nostro caso nella parte superiore.

Il caso è dunque istruttivo facendoci rilevare:

1) l'importanza del segno differenziale descritto dal prof. Carducci tra raccolta pleurica saccata e cisti di echinococco del polmone;

2) che con il solo esame obbiettivo e l'anamnesi si può porre con molta probabilità di certezza la diagnosi di cisti di echinococco del polmone e ciò è tanto più importante in quanto a volte ci vengono a mancare i dati sussidiari di laboratorio.

Ci ammaestra inoltre:

che in ogni caso di sofferenze toraciche a ripetizione, anche ed a più forte ragione ad esame obbiettivo negativo, perchè molto probabilmente sarà stato così nel nostro paziente al primo dolore che ebbe al torace e nella sua degenza in Ospedale, non si deve mai tralasciare l'esame radioscopico del torace il quale ci rivela ciò che si svolge subdolamente nell'interno del parenchima polmonare prima che si estrinsechi alla periferia e si renda perciò percettibile ai nostri sensi; e ciò vale, s'intende, non solo per la cisti di echinococco ma anche per le altre affezioni polmonari.

DALLA PRATICA CORRENTE.

La reviviscenza del cuore con l'iniezione di adrenalina endocardiaca.

Dott. L. URBANI
aiuto chirurgo degli Ospedali di Roma.

L'argomento è ormai noto perchè attualmente le osservazioni di reviviscenza del cuore con la iniezione di adrenalina endocardiaca sono numerosissime e credo che quasi tutti i chirurgi vi siano ricorsi nei dolorosi e drammatici incidenti di sincope.

Secondo le ricerche dei fisiologi tra la morte apparente del cuore e la morte reale decorrono circa 10 minuti: trascorsi 15 minuti il soccorso che si porta all'infermo è molto aleatorio, dopo 20 minuti l'insuccesso è certo perchè la vitalità dei centri nervosi è sicuramente perduta per l'arresto del circolo.

Battelli ha dimostrato che i centri nervosi tollerano malissimo un'anemia di più di 10 minuti ma in pratica bisogna ritenere perduto un malato dopo 15 minuti dall'inizio della sincope bianca.

Bisogna agire dunque senza indugio e attualmente il mezzo migliore è quello della iniezione endocardiaca di adrenalina integrata dalla respirazione artificiale complemento necessario e indispensabile per la reanimazione del cuore.

Van der Velden per primo ebbe l'idea d'iniettare un cardiocinetico nel cuore e riferì i suoi risultati nel 1919; egli ebbe solo successi temporanei perchè eseguiva la puntura in soggetti con lesioni miocardiche.

Nel 1915 Zubinsky e Rudinger riferirono due casi seguìti da successo durevole in sincopi durante l'anestesia. Alessandri nel 1920 riferisce sulla iniezione di adrenalina endocardiaca al congresso internazionale di chirurgia a Parigi e Bastianelli nel 1924 ne cita un caso all'Accademia medica di Roma.

Da questo tempo in poi le osservazioni seguìte da successo si sono moltiplicate e la terapia di urgenza ha acquistato un nuovo mezzo eroico che ha diminuito in certo qual modo i rischi operatori e ha dato una maggiore tranquillità ai chirurgi.

L'utilità e l'efficacia della iniezione di adrenalina endocardiaca si è dimostrata grandissima specialmente negli accidenti sincopali dovuti ad anestesia spinale ma nella letteratura sono citati casi di reviviscenza in seguito a schok pleurico dovuto al pneumotorace terapeutico, ad eclampsia e ad altre evenienze.

In caso di sincope cloroformica Cheavier insiste che bisogna distinguere le sincopi bianche dell'inizio d'origine riflessa per cui l'adrenalina può dare un successo dalle sincopi bleu tardive dovute ad inibizione del miocardio per dose tossica di cloroformio in cui l'associazione adrenalino-cloroformica è dannosa.

Moulounguet e Luchetti (*Presse Médicale*, 1926, n. 19) pubblicano un caso di morte in un malato in cui, in anestesia cloroformica, si praticò una iniezione nel setto nasale d'una soluzione adrenalizzata. Essi ricordano nella loro memoria i lavori di Levy e Stillmunkès che hanno descritto la sincope adrenalino-cloroformica. Levy, Wilson, Cardie e Deprée hanno osservato casi di sincopi adrenalino-cloroformiche per iniezioni sottomucose di adrenalina nel setto nasale di individui cloroformizzati.

Tuttavia l'iniezione di adrenalina endocardiaca si è dimostrata efficace nelle sincopi bianche iniziali da cloroformio e su questo punto hanno riferito casi Toupet, T. Asteriades e Hartmann.

Farmacologicamente l'adrenalina è un alcaloide di potente azione vasocostrittrice che si estrae dalle capsule surrenali esaurendole con acqua acetica, concentrando gli estratti e precipitando con alcool le sostanze estranee. Dal liquido filtrato per aggiunta di ammoniaca precipita l'adrenalina che è un derivato della pirocatechina e precisamente metilaminoetanolpirocatechina.

Essa è stata preparata anche per via sintetica e questa a differenza di quella estratta dalle

capsule surrenali che è levogira non devia la luce polarizzata essendo un miscuglio di adrenalina levogira e destrogira.

Nelle capsule surrenali l'adrenalina è contenuta nella parte midollare nella proporzione di circa 0,1-0,17 %: le capsule surrenali la versano continuamente in circolo e mediante questa secrezione mantengono il tono dei vasi sanguigni e l'energia delle contrazioni del miocardio.

L'azione dell'adrenalina è rapidissima e rapidamente dilegua: iniettata negli animali innalza solo momentaneamente la pressione sanguigna perchè è rapidamente distrutta nell'intimo dei tessuti (Battelli). L'azione vasocostrittrice non si esercita sul centro vasomotore ma perifericamente sulle piccole arterie. Sul cuore isolato dei mammiferi l'adrenalina esercita una azione elettiva sulla sistole: il cuore dimostra un forte aumento delle sue contrazioni e dei suoi battiti.

Sostanza simpaticotropa per eccellenza eccita l'estremità dei nervi simpatici che si distribuiscono alle fibre muscolari liscie e alle cellule ghiandolari, i peli vengono eretti dall'adrenalina, l'intestino si paralizza per l'eccitazione dello splancnico: sull'occhio l'adrenalina provoca la dilatazione della pupilla, l'allargamento delle palpebre e la protrusione del globo oculare.

Circa l'innocuità della iniezione di adrenalina endocardiaca tutti gli autori sono d'accordo e le esperienze di Crile, di Winter e di Mocquot lo dimostrano.

Toupet ne riferì estesamente alla società francese di chirurgia nel 17 novembre 1926 riportando tre osservazioni personali e 46 casi nella letteratura con 50 % di successi.

L'iniezione in un caso fu ripetuta 6 volte; in questo malato sopravvenne la morte al 3° giorno per broncopolmonite e l'autopsia dimostrò traccia di quattro punture di cui tre al livello dell'orecchietta e una nel ventricolo sinistro.

La *tecnica* è semplicissima e alla portata di tutti i pratici: basta una comune siringa da uno o due cmc. e un ago sottile della lunghezza di 8 cm. circa (ottimi quelli di Gentile di Parigi).

L'ago s'infigge perpendicolarmente nel 4° spazio intercostale rasente il bordo sinistro dello sterno per 4-6 cm. a seconda dello spessore della parete toracica.

Autori dicono che è indifferente che l'ago sia nella cavità o nella parete del ventricolo.

Personalmente posso riferire 4 casi seguìti tre volte da successo.

CASO I. — Il primo malato era un vecchio di circa 65 anni che operai all'Ospedale di Santo Spirito per invaginazione ileo-colica.

Dopo mezz'ora dall'anestesia rachidea il malato ebbe una sincope bianca con occhi sbarrati, arresto del cuore e del respiro.

La puntura endocardiaca e il massaggio del cuore transdiaframmatico seguìti da respirazione artificiale scongiurarono la morte e potei eseguire la resezione ileo-colica e l'ileo-trasversostomia.

CASO II. — Bambino di 5 anni condotto all'Ospedale di S. Spirito in asfissia imminente per stenosi laringea da difterite.

Giunge in medicheria cianotico ed in stato di morte apparente: eseguo subito la tracheotomia servendomi per cannula tracheotomica di una grossa sonda uretrale e pratico la puntura di adrenalina al IV spazio. Reviviscenza dopo 20 minuti circa di respirazione artificiale.

CASO III. — Donna di circa 55 anni precedentemente isterectomizzata e operata perchè aveva sintomi di deficiente canalizzazione intestinale con gonfiore di pancia e dolori periodici. Praticata l'anestesia lombare con 6 centigr. di stovaina e messa la malata in Trendelemburg sincope bianca con pupille sbarrate, anestesia corneale e arresto del respiro. L'ago infitto nel IV spazio non si muove affatto: inietto un cmc. di adrenalina al millesimo e pratico la respirazione artificiale. Dopo qualche minuto si ha risveglio della malata con moti respiratori e cardiaci normali. Termino l'operazione in posizione orizzontale.

CASO IV. — Grosso tumore retroperitoneale in donna di 45 anni. Anestesia lombare con 6 centgr. di stovaina. Lombotomia esplorativa: si trova un grosso tumore renale solcato da grosse vene che si giudica inoperabile, tuttavia si esegue qualche cauta manovra per saggiarne la motilità; subito la malata diventa cianotica, perde la coscienza, presenta le pupille dilatate e anestesia della cornea. La puntura endocardiaca e la respirazione artificiale del cuore restano senza effetto. Non potei eseguire l'autopsia della donna e perciò non posso dire se la morte fosse dovuta a sincope o forse ad un embolo neoplasico reso libero dal tentativo di mobilizzazione del tumore.

Riassumendo:

L'iniezione endocardiaca di adrenalina al millesimo è innocua sempre, spesso efficace e addirittura miracolosa.

Essa può essere ripetuta più volte impunemente nello stesso soggetto.

Utilissima nelle mani dei chirurgi deve essere anche alla portata di ogni medico pratico che può avere occasione di praticarla, in sincopi provenienti da punture esplorative, nello chok pleurico durante pneumotorace, nella eclampsia, negli stati asfittici, nei bambini nati in stato di morte apparente e in cui la respirazione artificiale sembra non giovare.

La tecnica della puntura è semplicissima, l'armamentario modesto (una siringa e un ago lungo e sottile), il punto di elezione è il 4° spazio intercostale sinistro a raso dello sterno.

IGIENE SOCIALE.

La cura a domicilio dei tubercolotici.

Nell'attuale organizzazione per la lotta contro la tubercolosi il problema della cura a domicilio è di grande importanza igienica, economica e sociale. Sopratutto nei paesi e nelle campagne molto distanti dai centri e privi di facili mezzi di comunicazione, la cura della tubercolosi a domicilio acquista un interesse particolare. Come vi sono dei tubercolotici che possono essere curati nei sanatori, altri negli ospedali, altri nei dispensari, vi sono pure dei. tubercolotici che possono essere curati in famiglia.

Dalla famiglia comincia la lotta antitubercolare, come dalla donna gestante comincia la protezione della salute del bambino. Nella famiglia comincia la formazione della coscienza igienica popolare, che è fondamento di ogni lotta contro le malattie infettive.

Trascurare la famiglia, non tener conto del proprio naturale domicilio, dell'ambiente dove si nasce, si vive, ci si educa; credere che soltanto il ricovero temporaneo nei sanatori, negli ospedali, nelle colonie marine e montane basti a debellare il morbo, significa non comprendere il complesso problema della lotta antitubercolare e non valutare nella sua giusta misura l'importanza della famiglia in questa dura e diuturna lotta.

Si considerino un momento i fattori di predisposizione e di contagio della tubercolosi, si pensi al decorso non breve di questa malattia, alle soste più o meno lunghe, al risveglio improvviso e inaspettato di focolai che sembravano spenti e finalmente alle ragioni psicologiche che inducono molti ammalati a rimanere in famiglia, e poi si comprenderà l'utilità della cura e dell'assistenza a domicilio, dove il malato dovrà trascorrere la maggior parte della sua vita dopo la permanenza temporanea nei vari istituti di cura.

Perchè la cura domiciliare sia bene accetta dal pubblico e sia feconda di buoni risultati è necessario:

1) formare la coscienza igienica delle famiglie;

2) organizzare con criteri pratici la cura e l'assistenza a domicilio.

La prima condizione è veramente importante per la buona organizzazione della cura e dell'assistenza domiciliare. Come dissi altrove, l'ammalato di tubercolosi deve per primo conoscere e praticare le norme d'igiene che servono alla difesa della sua salute e a quella delle persone che convivono con lui.

Coloro che sono costretti ad avere continui rapporti col tubercoloso, devono pure conoscere le sorgenti e i veicoli d'infezione e osservare scrupolosamente tutte le norme igieniche che saranno impartite dal medico curante o dalla infermiera visitatrice.

Alla formazione della coscienza igienica popolare devono cooperare insieme le persone che nei piccoli paesi hanno la maggiore autorità: il medico e il maestro. Preparato l'ambiente familiare in modo che tra l'ammalato e il medico, tra l'ammalato e le persone che l'assistono non vi siano nè sfiducia, nè disaccordi, nè debolezze, l'organizzazione della cura e dell'assistenza a domicilio si rende molto più agevole.

Vediamo brevemente come dovrebbe essere organizzata la cura a domicilio. Innanzi tutto bisogna determinare quali tubercolotici possono essere curati in casa. A me sembra che all'infuori dei tubercolotici più pericolosi di contagio, che conviene isolare nelle sezioni ospedaliere specializzate, e, se vogliamo, all'infuori dei casi che richiedono cure che non è sempre possibile praticare nel proprio domicilio: pneumotorace artificiale ecc., tutti gli altri potrebbero essere curati in famiglia.

La cura in famiglia ha, tra gli altri vantaggi, quello di non stancare i pazienti con l'andare e ritornare dal medico, di evitare ai più meticolosi il dispiacere di farsi vedere spesso negli ambulatori antitubercolari, di impedire, o almeno di limitare molto, la diffusione dei bacilli di Koch.

Quindi è necessario badare all'abitazione. È evidente che se la casa non offre le più indispensabili condizioni igieniche, non è prudente consigliare la cura a domicilio. Nelle campagne, sopratutto in quelle del mezzogiorno, non è raro trovare che un'intera famiglia sia costretta a vivere pigiata in un solo ambiente. In questo caso bisognerà che l'ammalato trovi un'altra abitazione, e se ciò non sarà possibile, occorrerà provvedere al ricovero in un istituto di cura. Solo quando si tratti di tubercolosi latente o chiusa, che consente al paziente di attendere alle sue occupazioni senza pericolo per alcuno, si potrà permettere la permanenza in una di queste abitazioni.

Provveduto a rendere igienico più che sia possibile l'ambiente domestico, occorre pensare alla cura e all'assistenza.

La cura non potrà che essere affidata al medico condotto o, se criteri di opportunità lo consigliano, a un medico libero esercente. Spetta al medico di fare osservare all'ammalato e alle persone di famiglia le misure profilattiche, che spiegherà con amorevole insistenza. Nel prescrivere le cure medicamentose non trascurerà di seguire le severe norme direttive che la clinica insegna. Diligenza nelle visite, pazienza nel rispondere alle domande dell'ammalato, sorveglianza nella cura e nell'applicazione delle misure

profilattiche; ecco il compito principale del medico.

Per ovvie ragioni di organizzazione e di unità d'indirizzo, il medico deve tenersi in stretto collegamento col Consorzio Antitubercolare.

Riguardo all'assistenza è necessario che le persone di famiglia seguano scrupolosamente le istruzioni che loro darà il medico, istruzioni sul modo di prendere e segnare la temperatura, sul modo di somministrare cibi e medicine, sulle disinfezioni da praticare ecc.

Quando occorrono accertamenti diagnostici, come reazioni tubercoliniche, esami di espettorati, esami radiologici, ecc. si cercherà d'inviare gli ammalati al Centro diagnostico più vicino, o, se ciò non sarà possibile, di chiedere l'interessamento di un dispensario ambulante, che è sempre opportuno istituire per le zone rurali. Nei casi in cui esiste l'indicazione per la cura col pneumotorace e i malati si trovino in località distanti dal dispensario antitubercolare o dal domicilio del medico, non si può certo pretendere che simile trattamento terapeutico si faccia in famiglia, ma bisogna mandare gli ammalati in appositi istituti. Solo in casi d'urgenza (forme tubercolari con emottisi ribelli) si può, per mezzo del dispensario ambulante, provvedere alla collassoterapia a domicilio.

La cura e l'assistenza degli ammalati poveri sarà d'ora in poi resa possibile mercè l'intervento della Cassa Naz.le per le Assicurazioni Sociali.

Ecco, in breve, quale dovrebbe essere l'organizzazione della cura e dell'assistenza a domicilio pei tubercolotici. Quando questa cura sarà bene organizzata, tenendo conto delle condizioni dell'abitazione, delle condizioni economiche della famiglia, del numero dei conviventi sotto lo stesso tetto, dello stato del malato, del genere di lavoro, della località in cui si è chiamati a prestare l'opera sanitaria e profilattica, sarà indubbiamente arrecato un contributo notevole alla lotta antitubercolare. Dott. P. TIMPANO.

SUNTI E RASSEGNE.

CIRCOLAZIONE.

Le due ipertensioni.

(LASSANCE. *Paris Médical*, 1928, n. 28).

Dei tre fattori che contribuiscono a determinare la pressione sanguigna — lavoro del cuore, massa del sangue, e resistenza periferica — quest'ultima disimpegna la parte più importante. In effetti il lavoro del cuore, rappresentato dalla forza di propulsione, dal volume e dalla velocità di successione delle onde sistoliche, si adatta alla resistenza da vincere, segue quindi più che provocare le variazioni della pressione. D'altra parte esistono processi fisiologici capaci di mantenere costante la massa del sangue: fenomeni osmotici che assicurano il passaggio dell'acqua del plasma attraverso la parete dei capillari negli spazi lacunari o interstiziali e viceversa.

Il fattore essenziale, adunque, della tensione è la resistenza periferica, che varia secondo l'elasticità ed il calibro delle arterie, elementi che dipendono essenzialmente dall'attività dell'apparato vasomotore.

L'apparato vasomotore che regola l'albero arterioso ha notevoli analogie con il sistema che regola l'attività cardiaca. Esso consta di fibre muscolari contrattili, di un apparato nervoso intrinseco nella parete dei vasi come ve ne ha uno nel cuore, e, come per il cuore, di un apparato nervoso estrinseco (fibre centripete, fibre pressorie e depressorie partenti dall'endoarteria, centri bulbari, midollari e gangliari, fibre centrifughe seguenti i cordoni simpatici fino all'estremo del reticolo arterioso).

Questo complesso apparecchio governa il tono e la contrazione delle arterie mediante un'azione diretta dei centri o di eccitazioni riflesse il cui punto di partenza trovasi nei vasi stessi. Queste eccitazioni possono essere meccaniche (distensione della parete), termiche, o chimiche (azione diretta di sostanze chimiche contenute nel plasma sanguigno).

Queste eccitazioni producono riflessi corti che seguono vie nervose contenute nelle pareti stesse dei vasi, o lunghi con azione sulla circolazione generale e sulla tensione arteriosa.

Il potere di mantenere in limiti normali la tensione arteriosa può essere disturbato da due ordini di fatti:

1) *Ipereccitabilità primitiva dell'apparato regolatore* per modo che questo reagisce eccessivamente alle eccitazioni normali e si ha allora *la distonia primitiva dell'apparato vasomotore e del sistema vegetativo da cui dipende.*

2) *Eccitazioni anormalmente forti e ripetute* che provocano e mantengono reazioni vasomotorie più o meno diffuse e durature.

L'ipertensione da distonia primitiva del sistema vegetativo costituisce l'ipertensione essenziale, la ipertensione solitaria, alla cui produzione concorrono elementi nervosi, endocrini ed umorali.

Il disquilibrio nervoso vago-simpatico degl'ipertesi rappresenta una vera neurosi vegetativa. Questi malati sono neurotonici, instabili, instabili cardiaci, termici, vasomotori e psichici. Sono angiospastici che arrossiscono e impallidiscono facilmente, individui nervosi, ansiosi o malinconici, sofferenti di malessere grave, oppressione, cefalea, vertigini ecc. In questi soggetti si riscontrano anomalie dei riflessi oculo-cardiaco e solare, mentre le prove indirette (prova di Danielopolu, adrenalina, ecc.) dimostrano un'alterazione del sistema vegetativo.

Dal punto di vista endocrino è a notare che negli ipertesi si riscontrano spesso alterazioni varie della funzione delle glandole a secrezione interna. È molto nota la sindrome surreno-vasale. Gli ipertiroidei sono spesso ipertesi o per lo meno hanno spesso crisi d'ipertensione. All'epoca della menopausa compare una sindrome vasomotoria ipertensiva.

Nella ipertensione da ipertonia primitiva del sistema vegetativo si ha predominanza dell'ipertensione sistolica (massima) ed una grande instabilità con variazioni quotidiane che vanno fino a 8-10 cm.

In questa forma rientrano i casi di ipertensione detta passeggera, parossistica o transitoria, sempre notevole per la ricchezza dei sintomi funzionali.

L'evoluzione è spesso favorevole e si possono avere regressioni o stabilizzazioni con pressione poco elevata. Tuttavia le crisi periodiche non cessano mai e di solito la malattia si avvia verso l'insufficienza cardiaca o renale.

In questo quadro possono rientrare tipi clinici molteplici: l'ipertensione dei nervosi, dei simpaticotonici, degli instabili, degli affaticati, dei psichici, degli emotivi, dei tabetici, degli endocrini (ipersurrenalismo, ipertiroidismo, menopausa, gravidanza), degli obesi, dei gottosi, dei diabetici, dei tossicomani (alcool, caffè, tabacco), degli autointossicati (uricemia, colesterinemia, ecc.). Nell'insieme questo gruppo corrisponde a quello che Volhard chiama ipertesi « rossi ».

Tra le cause si devono elencare l'eredità, il sopraffaticamento, le scosse nervose violente e prolungate, i forti dolori fisici, le infezioni, l'età, ed infine una sensibilità speciale dell'organismo che determina le crisi vaso-motorie così come determina l'asma e l'orticaria.

Il secondo tipo d'ipertensione — quella dovuta ad eccitazioni anormalmente forti e ripetute che provocano e mantengono reazioni vaso-motorie più o meno diffuse e durature — si verifica in individui con apparato regolatore normale o appena predisposto. Questa ipertensione è provocata e mantenuta dalla costrizione vasale determinata per riflessi la cui eccitazione risiede nella parete stessa dei vasi, eccitazione che il più delle volte è indotta da un processo patologico dei vasi stessi. Di modo che l'ipertensione è un sintoma d'arterite o d'arteriolite, non di una lesione costituita e definitiva, ma di una malattia arteriosa in evoluzione che crea e mantiene il riflesso vasocostrittore.

D'altra parte i capillari, vere banchine di scarico, domandano alle arterie un apporto di sostanze nutritive più o meno grande a seconda dei bisogni dei tessuti. In conseguenza le arterie allargano o restringono il loro calibro, e rispettivamente la pressione si abbassa o si eleva. Altre volte è una vera capillarite che provoca il riflesso ipertensore, come si ritiene avvenga nelle infezioni e nelle intossicazioni.

Le arteriole possono rispondere con un riflesso vaso-costrittore ad un'irritazione funzionale o ad un'alterazione della loro parete.

Anche le grandi arterie, e l'aorta in particolare, possono, quando sono malate, provocare un riflesso vaso-costrittore.

In questa forma il grado d'ipertensione è presso che costante, le variazioni quotidiane sono insignificanti. L'ipertensione diastolica è sempre marcatissima.

La sindrome, per lungo tempo insidiosa e discreta, fa sempre parte d'un quadro più vasto nel quale si trovano i segni dell'affezione vasale in quistione. Nella capillarite esistono edemi diffusi e segni d'alterazione renale. Nell'arteriolite compaiono disturbi funzionali meiopragici indici della cattiva circolazione viscerale.

L'evoluzione è più regolare che nel tipo precedente, seguendo in generale il decorso dell'affezione arteriosa: essa è duratura e permanente. Può condurre alla nefrite cronica o all'arteriosclerosi.

Appartengono a questa categoria l'ipertensione tossica (saturnina, alcoolica, gottosa) e le ipertensioni che accompagnano le arteriti e l'aortite, e quelle che conducono all'arteriosclerosi e sono il risultato d'intossicazioni indefinite o d'infezioni latenti.

La sifilide è la causa più frequente, e produce l'ipertensione sia ledendo le arterie periferiche e viscerali o anche l'aorta, sia determinando la glomerulo-nefrite dei nefritici ipertensivi.

La su accennata distinzione delle ipertensioni

non è mai così netta e schematica. Il più delle volte l'ipertensione è in rapporto ad un disquilibrio dell'apparato regolatore e ad eccitazioni anormali dell'apparato stesso. Si hanno così le forme miste, tra le quali la più interessante è l'ipertensione della cinquantina a decorso cronico e progressivo. Essa ha del secondo tipo l'inizio insidioso, il decorso regolare, ma la sua evoluzione è inframmezzata dagli accidenti spastici dell'ipertensione da distonia vegetativa. In essa si riscontra un disturbo duraturo del sistema vegetativo ed un'affezione arteriosa cronica.

L'accertamento della causa dell'ipertensione ha importanza dal punto di vista terapeutico. Si curerà un'intossicazione o un focolaio infettivo se è in causa una lesione arteriosa.

In caso di distonia vegetativa si tenterà l'opoterapia ed il trattamento generale inteso a diminuire l'eccitabilità dell'apparato regolatore.

DR.

SISTEMA NERVOSO.

La diagnosi differenziale della sciatica.

(L. RAMOND. *Journal des Praticiens*, n. 25, 1928).

La diagnosi differenziale della sciatica da altre affezioni dolorose degli arti inferiori non sempre è facile. Anzitutto bisogna scartare il reumatismo che colpisca i muscoli del bacino e della coscia: in questo caso il dolore non ha sede solo lungo il nervo sciatico, che può essere stirato o compresso senza dolore, ma anche in corrispondenza delle masse muscolari.

Le affezioni che possono simulare una sciatica sono: 1) le *artriti dell'anca* (coxalgia dei bambini, artrite secca degli adulti) la cui diagnosi si preciserà esplorando i movimenti articolari, ricercando le contratture periarticolari, eseguendo una radiografia; 2) le *artriti dell'articolazione sacroiliaca* e le *sacro-coxalgie*, svelabili dall'esistenza di punti dolorosi articolari e perchè i dolori sono provocati con la compressione a distanza delle ossa iliache dall'esterno all'interno. Spesso sono associate alla vera sciatica; 3) *nevralgie varie* degli arti inferiori (la n. crurale, la n. otturatoria, la n. del femoro-cutaneo, la polinevrite alcoolica, i dolori folgoranti della tabe); 4) *i dolori da arterite* nella sua fase preobliterante possono creare confusione, ma la misurazione della pressione dirimerà il dubbio; 5) nelle flebiti, che presentano all'inizio dolori diffusi, vi sono edemi ed impotenza funzionale.

Tra le *cause* della sciatica vanno ricordati: i traumatismi, le intossicazioni, il diabete, la gotta, le infezioni. Vi sono poi cause locali che possono colpire il nervo in vari punti del suo percorso.

Le *sciatiche alte* comprendono le sciatiche radicolari e funicolari. Sono associate con algie di nervi vicini (crurale, otturatore, gluteo), manca il segno di Lasègue. Le radicoliti non determinano contrattura della colonna vertebrale e sono accompagnate da modificazioni del liquor; sono spesso dovute a meningite sifilitica o a tabe; se si associano anche alterazioni degli sfinteri, bisogna pensare ad una meningite sifilitica cronica gommosa della cauda equina. Nelle funicoliti esistono contratture dolorose della colonna vertebrale e dolore vivo alla pressione dei fori di coniugazione; possono essere dovute a un tumore intra-rachideo (raramente) o a una lesione del rachide (morbo di Pott lombare e sacrale) o a cancro metastatico delle vertebre o alla sacralizzazione della V lombare.

Le *sciatiche medie* sono provocate da affezioni del piccolo bacino (cancro della vescica, della prostata, del retto, ecc.) o da un'artrite sacroiliaca. I dolori si irradiano alla regione glutea o degli adduttori, sono risvegliati alla pressione dell'articolazione sacro-iliaca o delle creste iliache; la sintomatologia morbosa ha inizio spesso dopo uno sforzo e talora con un « craquement » nell'articolazione sacro-iliaca.

Le *sciatiche basse* o tronculari, quando il nervo è preso nelle sue branche periferiche, sono caratterizzate dai punti di Valleix, dal segno di Lasègue, ecc. Possono essere le varici a produrle, o una phlegmatia alba dolens, o un osteosarcoma, ma più frequentemente hanno un'origine reumatica.

A. P.

Su di un caso di scoliosi sciatica alternante.

(M. DAINELLI. *La Riforma Medica*, 12 sett. 1927).

La scoliosi sciatica alternante è una sindrome rarissima, ed altrettanto incerta ne è ancora la patogenesi. Le vedute più moderne farebbero derivare le scoliosi sciatiche da alterazioni scheletriche, artritiche, tubercolari o neoplastiche, oppure da ossificazione dei legamenti lombo-sacrali o da sacralizzazione della 5ª vertebra lombare. Vi sono però dei casi nei quali la sciatica e la scoliosi conseguente non trovano la loro spiegazione in alterazioni osteo-artritiche.

L'A. ha osservato un giovane di 17 anni, bracciante, che due mesi prima aveva cominciato a soffrire dolore alla regione glutea destra, durante i movimenti di estensione dell'arto inferiore dello stesso lato, dolore che alcuni giorni più tardi si era esteso anche al malleolo e che aveva costretto il p. ad un atteggiamento speciale.

L'esame obiettivo mostrò trattarsi di una sciatica destra, aggravata da scoliosi omologa. L'esame radiografico non mise in evidenza alterazioni a carico delle articolazioni sacro-iliache nè della sacro-lombare.

Per vincere la grave deformità vennero applicate trazioni agli arti inferiori e trazioni laterali al tronco ed al bacino. Dopo qualche giorno il p. aiutandosi con le mani fortemente appoggiate sul piano del letto passò dalla deviazione laterale destra della colonna vertebrale a quella sinistra. In seguito si osservò che nel passaggio del decubito orizzontale alla stazione verticale la deformità primitiva si riproduceva quasi automaticamente. La scoliosi tornava a farsi eterologa quando il p. si distendeva.

Vennero praticate delle iniezioni di novocaina in corrispondenza dei punti dolorosi lungo il decorso del nervo, e rapidamente il p. fu in grado di camminare ed uscì guarito dall'ospedale.

Nelle affezioni di siffatto genere, il nome di scoliosi deve considerarsi improprio e gli atteggiamenti scoliotici della sciatica essenziale debbono essere interpretati come consecutivi a contratture muscolari od a necessità statiche.

Per curare le scoliosi sciatiche sono molto vantaggiose le iniezioni di cloruro di sodio e tropocaina o stovaina, quelle di novocaina al 2 %, di tutocaina all'1 %, di antipirina al 10 %; queste iniezioni si faranno perineurali e se ciò non è sufficiente anche epidurali. Sono poco dolorose, mai nocive e danno un'alta percentuale di miglioramenti e di guarigioni.

VICENTINI.

OSSA E ARTICOLAZIONI.

Condromatosi capsulare.

È una malattia più frequente di quanto non si ammette in generale: solo, essa passa spesso inosservata e vien confusa con l'artrite deformante o con l'osteosarcoma. Primo il Reichel (1900) richiamò l'attenzione su di un caso da lui operato nel quale oltre a numerosi corpi liberi articolari (nel ginocchio) esistevano, innicchiate nella capsula, formazioni cartilaginee più o meno calcificate o ossificate. Di recente si sono occupati di quest'affezione morbosa il Kienböck (*Fortschr. Röntgenstr.*, 1927), il Pollitzer (*ibid.*), il Panner (*Acta radiol.*, 1926), il Nilsson (*Arch. f. Klin. Chir.*, 1927) e finalmente l'Haberler (*Zeitschr. f. Orth. Chir.*, Bd. 49, n. 4, 1928) il quale ultimo si occupa più particolarmente dell'etiologia e della terapia.

Sono colpiti generalmente adulti giovani o di mezza età, e più spesso donne. L'affezione è monoarticolare e inizia subdolamente senza sintomi generali con lo sviluppo lento e progressivo di una tumefazione dell'articolazione colpita. Piuttosto che dolori, i quali sono sempre scarsi, i pazienti accusano una facile stancabilità. Solo più tardi compare una moderata limitazione funzionale: nel riposo generalmente tutti i disturbi scompaiono. Obiettivamente da principio si rileva solo un lieve aumento di volume e una limitazione funzionale appena accennata. A malattia più avanzata si posson palpare le formazioni come corpi duri bozzuti, spostabili; negli stadi tardivi le articolazioni posson presentarsi gravemente deformi.

I radiogrammi sono assai caratteristici e permettono da soli la diagnosi. Naturalmente occorre che sia iniziata la deposizione di sali calcarei nelle masse di cartilagine. Nei casi conclamati si osservano in corrispondenza dell'articolazione delle ombre rotondeggianti o ovoidali più o meno numerose, a contorni netti, talvolta bozzuti, a struttura maculata, disposte l'una sopra e accanto all'altra, a guisa di grappolo: nonostante le numerose sovrapposizioni, sono sempre chiaramente riconoscibili i contorni dei singoli elementi.

I capi articolari sono poco o nulla alterati: posson presentare scarse produzioni osteofitiche e anche usure circoscritte dell'osso.

Anatomo-patologicamente si tratta di masse di consistenza e aspetto cartilagineo libere o innicchiate nei vari strati della sinoviale, grandi fin quanto una noce avellana. I preparati dimostrano l'istogenesi di questa cartilagine ialina dal connettivo dei villi sinoviali (H. T. Jones in *Journ. of Bone a. Joint*, 1927). Spesso sono colpite anche le borse mucose viciniori. Nei casi avanzati si trovano pure usure da compressione dell'osso, con penetrazione del tessuto patologico.

L'etiopatogenesi della condromatosi è ancora avvolta nell'oscurità; e probabilmente non tutti i casi descritti sotto questo nome riconoscono una genesi unica.

È probabile che si tratti non di veri tumori ma di metaplasia delle cellule sinoviali (d'origine mesodermica) in relazione con cause irritative croniche. Perchè poi invece di aversi l'evoluzione di una artrosi (artrite deformante) si sviluppino le lesioni capsulari noi non sappiamo. Qualcuno pensa a un agente nocivo specifico.

Sulla base di questi concetti patogenetici Haberler rigetta gli interventi proposti che vanno dalla artrectomia alla resezione. Generalmente i comuni provvedimenti fisioterapici (calore, massaggio, fanghi) danno sollievi funzionali notevoli e di lunga durata, pur non modificando il quadro anatomico.

L'intervento potrà essere indicato nei casi, assai rari, di sviluppo così rigoglioso delle masse cartilaginee da esserne minacciata la cute o di contrattura articolare d'alto grado; come pure si dovrà operare in caso di corpi liberi intraarticolari che diano fenomeni di incarceramento, come non di rado avviene al ginocchio.

E. VENEZIAN.

Sulla malattia esostosante detta « esostosi osteogeniche multiple ».

(A. LÉRI, R. J. WEISSENBACH e J. A. LIÈVRE. *Bull. Mém. de la Soc. Méd. des Hôpit. de Paris*, 1° marzo 1928).

Gli AA. che già in un precedente lavoro si sono occupati dell'argomento, riferiscono ora intorno a tre nuovi soggetti portatori di esostosi osteogeniche multiple, lo studio dei quali ha loro permesso di estendere le conoscenze su tale malattia.

Le esostosi non sono delle produzioni irregolari e asistematiche: esse hanno per ogni osso una localizzazione e una forma relativamente costanti e comportano un insieme di lesioni ossee svariate che è meglio comprendere sotto il nome di « malattia esostosante ».

Tra di esse vi sono anzitutto delle modificazioni dell'architettura ossea bene appariscenti sulle radiografie: esse consistono in allargamento delle epifisi con zone ovalari di trasparenza esagerata. Sembra che si tratti della scomparsa del tessuto compatto dell'osso; l'esostosi sarebbe costituita da tessuto spugnoso.

Un'altra lesione è costituita da disturbi dello sviluppo delle ossa in lunghezza: l'accorciamento raggiunge il suo massimo a livello dell'estremità di certe ossa che scompare del tutto: quasi sempre è l'estremo inferiore del cubito che è colpito, talora quello del perone.

Si è creduto finora che le esostosi nascessero solamente dalla cartilagine di coniugazione. Ora ciò non è vero: vi sono delle esostosi nelle regioni diafisarie che, troppo lontane dalle cartilagini, debbono senza dubbio essere originate dall'osso periostale. Ve ne sono altre che sporgono su delle ossa senza abbozzo cartilagineo e che non possono avere origine che dall'abbozzo membranoso.

Tutte le teorie finora enunciate sulla patogenesi di questa malattia debbono essere rifiutate o ritenute insufficienti.

VICENTINI.

L'enucleazione traumatica del semilunare.

(E. ETTORRE. *La Chir. degli org. di movimento*, marzo 1928).

L'A. precisa con tale termine gli spostamenti completi di questo piccolo osso che vanno distinti da quelli che si potrebbero chiamare relativi e che dipendono da dislocazioni di altre ossa del carpo, e specialmente del capitato. Su 720 lesioni del carpo ha trovato soltanto due lussazioni del semilunare. Fa un'accurata disamina degli elementi anatomici funzionali e meccanici che portano a spiegare tale lesione. Fattori precipui sono: conformazione ampia della superficie semilunare; presenza di un'ampia faccetta per l'uncinato che ne facilita lo sgusciamento; scarsa resistenza dei robusti legamenti carpei in corrispondenza del semilunare. Un brusco movimento di iperestensione della mano con meccanismo misto di leva e di scivolamento può portare alla lussazione completa.

L'A. porta il contributo di quattro casi da lui osservati, dei quali interessante è il terzo per la bilateralità della lesione. In tutti i casi la lussazione si produsse per caduta sulle mani in iperestensione forzata. Se la riduzione incruenta non riesce, conviene praticare sollecitamente l'asportazione che può dare ottimi risultati. Nei casi inveterati il recupero è scarso o nullo.

F. GRIFI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

H. HARTMANN. *Chirurgie de l'estomac et du duodénum*. Masson et C.ie éditeurs, 1928.

È la settima serie dei lavori di chirurgia di Hartmann e comprende 14 memorie scritte da lui o dai suoi collaboratori utilizzando il materiale raccolto nella sua clinica.

Il pregio di queste note, che si leggono con facilità ed interesse, è dato dal fatto che sono frutto dell'esperienza e riescono, perciò, istruttive ed utili dal punto di vista pratico.

Riporto senz'altro l'elenco degli argomenti trattati: cura delle emorragie nell'ulcera gastrica (Hartmann), il volvolo dello stomaco (Boppe), le ulcere callose dello stomaco (Hartmann e Renaud), l'ulcera della piccola curvatura dello stomaco (Hartmann e Soupault), sulla frequenza relativa dell'ulcera dello stomaco e dell'ulcera duodenale (Hartmann), due casi di adenomi del tenue simulanti una stenosi pilorica; operazione, guarigione (Hartmann), la dilatazione sottovateriana del duodeno in rapporto con la compressione della sua terza porzione, complicazione di certe ernie irriducibili (Breton), stenosi croniche incomplete sottovateriane del duodeno nell'adulto (Welti), l'occlusione cronica sottovateriana congenita del

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

duodeno d'origine estrinseca (Hartmann), la duodenodigiunostomia. Tecnica, risultati, indicazioni (Boppe), le anomalie del duodeno (Brouet), due osservazioni di ernia duodenale (Hartmann), la gastrectomia con impianto gastro-digiunale trans mesocolica (Bergeret).

G. MATRONOLA.

FIDEL FERNANDEZ MARTINEZ. *Tratamiento de la ulcera gastroduodenal.* IV ediz., vol. in-8°, di pagg. 275. Morata, Madrid, 1928, 12 pes.

Lo studio accurato della sintomatologia dell'ulcera gastrica e duodenale, il perfezionamento di alcune indagini cliniche, l'ideazione di altre nuove, ha fatto sì che in pochi anni questo capitolo della patologia ha subito un rinnovamento quasi completo.

Tutto ciò l'A. fa risaltare in un primo capitolo, nel quale espone anche i punti di vista che presiedono al trattamento dell'ulcera gastro-duodenale.

Oltre però al trattamento dell'ulcera semplice, l'A. prende in esame anche quello dell'ulcera infettata e delle complicazioni che più frequentemente si riscontrano nella pratica.

I vari trattamenti, igienico, dietetico, farmacologico, medico chirurgico, hanno ognuno un'applicazione propria e l'A. in base alla sua esperienza, per ogni caso particolare indica quale deve essere il preferito.

Il volume, illustrato da numerose figure e da tavole a colori, è anche corredato di una copiosa bibliografia divisa per argomento.

A. POZZI.

F. FERNANDEZ MARTINEZ. *El problema de la Oclusion Intestinal.* Vol. di pag. 140 con 39 fig. Morata, Madrid, 1928. Pes. 5.

L'etiologia e la patogenesi delle differenti forme di ileo, l'anatomia delle sue lesioni, la descrizione clinica delle innumerevoli varietà, la diagnosi diretta e quella differenziale e infine il trattamento che in ogni caso deve essere scelto, sono in questo libro descritti con vero lusso di dettagli.

L'A. quindi è veramente riuscito nel suo scopo, e cioè di aggiornare tutte le questioni relative al problema diagnostico dell'occlusione intestinale, fissando ogni caso particolare nella sua varietà anatomica e clinica, ai fini di una terapia adeguata ed opportuna.

Il libro può essere utile tanto al medico che al chirurgo.

A. POZZI.

Atti del Primo Convegno Nazionale della Società Italiana per la lotta contro il cancro. Un vol. in-8° di 274 pag. Istituto sieroterapico Milanese, 1928. Prezzo L. 30.

Sono qui riunite le relazioni e le discussioni avutesi al Convegno di Milano nell'ottobre 1927. Prima è la vasta relazione di A. Niceforo sulla statistica sanitaria demografica del cancro in Italia, condotta con ampiezza di vedute e sottigliezza di indagine; segnaliamo fra le discussioni, il contributo portato da G. Cavina, che ha studiato la questione indagando caso per caso i morti per cancro (circa 1400 in 25 anni) in un città della Romagna. Soltanto in questo modo si potrà arrivare a giuste conclusioni; il basare i proprî studî soltanto sulle schede di morte, inquinate da tanti errori involontari e volontari, non può dare che risultati assai dubbi anche se gli errori sono corretti dalla legge dei grandi numeri e da sottili discriminazioni.

Seguono poi le relazioni di F. Perussia (sulla disciplina ed il controllo della radioterapia), di E. Ronzani (sui metodi di propaganda nella lotta contro il cancro), di B. Morpurgo (sulla costituzione ed organizzazione dei centri diagnostici), di G. Fichera (sull'assistenza ai cancerosi), che offrono tutte il massimo interesse agli studiosi della questione.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Congresso Internazionale di Idrologia Medica a Londra.

Relazione fra lo Stato, stazioni di cura ed assicurazioni malattie.

Questo è stato il tema della più importante discussione svoltasi al IV Congresso Internazionale di Idrologia Medica, radunatosi nell'ottobre 1928 a Londra. In tale occasione furono invitati relatori di diverse Nazioni ad illustrare al Congresso le direttive assunte dai rispettivi paesi sul problema assicurativo balneare per le classi povere.

Dal complesso delle varie relazioni internazionali, che rappresentano la voce dei principali paesi balneari d'Europa, è risultato che la grande varietà di provvidenze istituite sinora, son state tutte più o meno sproporzionate ed insufficienti per far fronte alla reale necessità.

Le istituzioni balneari di beneficenza Italiane furono illustrate brillantemente dal relatore prof. on. Gabbi, che parlando del nuovo movimento sindacale nazionale accenna all'opera vasta ed encomiabile dei varii Sindacati e delle rispettive Federazioni di datori di lavoro, per venire in aiuto all'operaio bisognoso di cura termale. Accenna alla creazione di Sanatori per i poveri presso alcune stazioni termali ed alla gestione di alcune Terme di Stato e comunali nelle quali è seriamente presa in considerazione la questione. Lo Stabilimento statale di cura Porro per gli impiegati e quello Valentini per gli operai, costruiti a Salso, sono una magnifica affermazione del vivo interessamento del Governo Nazionale verso la risoluzione del delicato problema sociale. Lo Stato sta attualmente studiando una legge sulle assicurazioni contro le malattie.

Il relatore inglese descrive la pratica istituzione di Ospedali termali, organizzati e diretti in Inghilterra da enti di beneficenza privati. Questi Ospedali, che abbiamo avuto agio di ammirare in funzionamento, presso le principali stazioni balneari, sono però lungi da poter soddisfare alle innumerevoli domande dei malati bisognosi, e ciò per la limitazione delle loro risorse finanziarie. Nessuna beneficenza privata è in grado di poter oggi sovvenire completamente ai bisogni delle classi lavorative nei riguardi dell'assistenza medica e profilattica.

In Inghilterra sinora lo Stato si disinteressa della questione balneare sociale, come di tutte le questioni balneari in genere.

Il relatore propone alcuni schemi secondo i quali lo Stato dovrebbe direttamente intervenire per la risoluzione del problema, colla costruzione di vasti Ospedali termali di Stato, ovvero colla creazione di speciali stazioni termali di cure esclusivamente riservate per le classi dei lavoratori meno abbienti.

In Germania, quantunque non esista un vero istituto statale in materia, si ha nell'assistenza balneare, sezione delle Assicurazioni Sociali malattia ed infortuni, una buona organizzazione per l'assistenza balneare dei poveri. L'Assicurazione possiede ed amministra alcuni stabilimenti termali esclusivamente riservati per i suoi assicurati, ovvero stringe contratti con altre stazioni termali private che si incaricano dell'ospitalità e della cura degli assicurati. In questo caso i malati vengono inviati in cura nelle stagioni cosidette morte, quando cioè l'affluenza della clientela normale è scarsa o nulla. Dai risultati conseguiti in questi ultimi anni si va in Germania sempre più rafforzando il concetto dell'utilità delle cure termali, come elemento essenziale per il ricupero all'attitudine al lavoro di molti invalidi od infortunati.

Non esistendo invece in Francia assicurazioni malattie di Stato, le cure termali per i poveri sono praticate per il tramite di opere assistenziali di beneficienza privata o di mutuo soccorso; altrettanto si può dire per la Svezia e per il Portogallo.

La Cecoslovacchia, paese eminentemente balneare, ha in istudio un complesso ordinamento delle Stazioni Balneari, nel quale naturalmente sarà compresa l'organizzazione della cura termale per le classi meno abbienti. La creazione di un Istituto Statale di Balneologia sarà la base della nuova organizzazione. A questo istituto spetterà di dirigere le ricerche scientifiche, i miglioramenti igienici delle stazioni, di classificare e specializzare le varie stazioni, di istituire l'istruzione teorica e pratica dei medici e del personale presso stabilimenti balneari di Stato, di concedere aiuti economici alle Stazioni più degne di sviluppo. In contraccambio lo Stato acquisterà il diritto della cura dei poveri presso tutte le stazioni attraverso ad enti parastatali di Assicurazione.

Un altro Stato che si sta intensamente occupando del problema assicurativo balneare è la Rumania. Il relatore generale medico Vidol, ispettore generale per la Balneologia presso il ministero della sanità, dopo aver riferito le norme adottate per la classificazione delle sorgenti secondo la loro composizione e delle stazioni secondo la loro importanza e potenzialità; dopo aver enumerati gli organi statali che presiedono al controllo delle Stazioni e delle sorgenti, passa a descrivere le Stazioni balneari dello Stato. Queste, costruite ed amministrate dalla Nazione, hanno precipuamente lo scopo di servire da modello alle stazioni private, di studiare e diffondere i nuovi metodi di cura, di esercitare un calmiere sui prezzi delle altre stazioni, di istruire i giovani medici desiderosi di conquistare il diploma di specialità, indispensabile per l'esercizio professionale nelle stazioni balneari, di favorire le ricerche scientifiche, e sopratutto questi stabilimenti balneari statali devono essere adibiti in date stagioni dell'anno per la cura dei malati meno ab-

bienti; che per il tramite dell'assistenza sociale balneologica saranno indirizzati alle Stazioni. Anche in Rumania stà per essere promulgata una legge per la creazione di un Credito Termale per la valorizzazione delle Stazioni e degli Stabilimenti balneari.

I varii Ministeri posseggono inoltre per tutte le classi dei loro funzionarii, sanatorii al mare ed al monte, stabilimenti termali e marini, dei quali possono beneficiare anche le famiglie degli impiegati.

L'Istituto Assicurativo di Stato dipende dal Ministero del lavoro; creato nel 1912 ed ampliato nel 1921, comprende l'assistenza obbligatoria di tutti indistintamente i lavoratori contro le malattie, gli infortuni, l'invalidità e la vecchiaia. Offre ai suoi assicurati, a mezzo di proprii stabilimenti od a mezzo di contratti con Stazioni private, cure sanatoriali, balneari, termali e climatiche.

Dall'analisi di queste relazioni risulta che gli ordinamenti balneari per le classi povere sono variamente interpretati dai differenti paesi; per lo più sinora è la beneficienza privata che si occupa di creare al povero questo ambiente curativo termale. Ma purtroppo nella pratica il mezzo è inadeguato al bisogno e non sempre corrisponde al concetto moderno.

A questo perfezionamento si potrà solo giungere attraverso l'opera delle Assicurazioni di Stato contro le malattie e l'invalidità, più larga e potente di mezzi e più dignitosa per il lavoratore.

Un illustre relatore giustamente osservava come dall'industrializzazione moderna deriva che la maggior parte dei lavoratori non possegga che il patrimonio delle proprie braccia; il cómpito delle assicurazioni sociali sarebbe dunque quello di riparare a questa sperequazione, proteggendo il lavoratore nell'occasione della malattia o dell'infortunio, nel momento cioè nel quale viene a mancare l'unico capitale posseduto per il proprio sostentamento.

Dato l'odierno progresso scientifico e la estensione crescente presso tutte le classi abbienti della terapia dell'acqua, è doveroso che le varie Assicurazioni proletarie riconoscano in questo mezzo di cura il suo valore terapeutico e sociale, considerando che con esso si può talora portare a guarigione malattie altrimenti avviate verso la cronicità e l'invalidità permanente; dovranno convincersi che è assai più economico di guarire al suo inizio una malattia cronica o progressiva, anche a costo di un trattamento più dispendioso del comune, che di lasciar prolungarsi per anni una malattia ed avviarsi ineluttabilmente, nonostante i medicamenti e le cure, verso l'incapacità permanente al lavoro.

Le cure idrotermali e climatiche opportunamente consigliate, possono realmente riuscire efficaci in molti casi per ripristinare la salute dei lavoratori, salute che può essere stata minata dal lavoro stesso, come da malattie occasionali acute o croniche.

Vediamo così ad esempio come le acque termali solforose, clorurate sodiche, redioattive, ecc., i fanghi, le muffe, le grotte termali possono rappresentare eccellenti mezzi di cura per i postumi di malattie reumatiche, artritiche, neuritiche e professionali: le acque carbogassose per diverse forme della circolazione e del ricambio: le acque salso bromo jodiche per molte manifestazioni causa di debolezze organiche, come la scrofolosi, il linfatismo, ecc.: le acque solfato magnesiache, ecc., per l'apparato intestinale: quelle arsenicali e ferruginose per combattere le anemie e la clorosi. Molte altre indicazioni di cure termali si potrebbero ancora qui riportare se l'esigenza dello spazio non ci costringesse di tratteggiare che le più importanti.

Riguardo ai climi marini e montani abbiamo precise indicazioni per un complesso di malattie e di postumi che vanno dagli stati pretubercolari alle manifestazioni nervose.

A queste Stazioni poi bisogna aggiungere ancora la salutare influenza esercitata dalle Stazioni di cura, tipo Stabilimenti Idroterapici, che accoppiano ai benefici del clima tutte le risorse moderne dei mezzi fisici, idrici, elettrici, termici, kinesiterapici e dietetici.

Abbiamo così una vastissima serie di elementi terapeutici naturali, che saggiamente sfruttati, possono contribuire a ridare al lavoratore minorato nella salute la sua capacità produttiva.

Per l'applicazione pratica dei vari programmi prospettati dai relatori, data la manifesta insufficienza sinora dimostrata dalla beneficenza privata e dalle circoscritte società di mutuo soccorso, sarebbe indispensabile l'intervento dello Stato, direttamente come si prospetta dall'Inghilterra, ovvero pel tramite assicurativo, come si progetta dalla Cecoslovacchia e dalla Rumania. Naturalmente in quest'ultimo caso l'interessamento statale non potrebbe essere interpretato sotto forma di pura assicurazione balneare, ma questa dovrebbe far parte integrante del vasto ed impellente problema delle assicurazioni sociali per la malattia.

L'importante seduta si è chiusa con un ordine del giorno proposto dall'on. prof. Gabbi ed approvato all'unanimità, invocante l'intervento dei Governi pel controllo delle stazioni termali, come già si pratica in Italia, e per l'estensione delle cure naturali alle classi lavoratrici.

Prof. dott. ANDREA VINAJ.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Il comportamento dei fermenti lattici nell'apparato digerente.

L'uso dei fermenti lattici, specialmente dopo gli studî di Metchnikoff, si è venuto diffondendo nella pratica medica, quasi si trattasse di una panacea, per la quale si vantano successi non solo nelle forme gastro-intestinali, ma anche in numerose altre malattie (arteriosclerosi, polinevrite, atrofia muscolare progressiva, ecc.). È un fatto che talora in seguito alla somministrazione di tali fermenti, si osservano dei buoni risultati, ma non mancano le voci discordi. Anzitutto è stato messo in rilievo che nei fermenti lattici posti in commercio sotto forma di polveri e di compresse si trova di tutto salvo che dei bacilli bulgarici, che dovrebbero appunto costituire i fermenti lattici. Gli studî e le esperienze fatte recentemente da G. Pergher (*Annali d'Igiene*, nov. 1927) portano a conclusioni del tutto sconfortanti in riguardo alla possibile attività dei bacilli bulgarici.

Al contrario di quanto si ritiene generalmente, i fermenti lattici non si moltiplicano nel lume intestinale a danno od in concorrenza della flora batterica normale dell'intestino stesso. Quando essi hanno raggiunto l'intestino (direttamente o attraverso la circolazione generale) risultano completamente modificati nelle loro proprietà biochimiche, mostrandosi meno attivi e perdendo talora anche la facoltà di coagulare il latte.

I succhi digerenti esercitano un'azione deleteria su questi bacilli e ciò spiega il fatto che essi, nel lume intestinale degli animali sono incapaci di produrre acido lattico, cioè di esplicare la principale attività fermentativa alla quale si attribuiscono le virtù terapeutiche dello Yoghourt.

L'unico effetto che la somministrazione di colture in latte di fermenti bulgarici induce negli animali da laboratorio è quello di una manifesta moltiplicazione dei bacilli acidogeni banali abitatori dell'intestino, moltiplicazione che perdura parecchi giorni dopo cessata la somministrazione.

Sono appunto questi bacilli acidogeni che i precedenti ricercatori avevano preso per autentici bacilli bulgarici, da cui si differenziano malamente, ed avevano concluso per la moltiplicazione di questi. Il differenziamento tuttavia può conseguirsi tenendo presente che i bacilli acidogeni normali abitatori dell'intestino non possono coltivarsi, come i bacilli bulgarici autentici, a temperatura di 47°, almeno nel loro primo isolamento, e che i bacilli bulgarici autentici non si coltivano in latte con aggiunta di bile in cui invece si sviluppano rigogliosamente gli altri.

La non conoscenza di questi accorgimenti spiega il perchè gli altri autori abbiano potuto cadere in errore prendendo per autentici bacilli bulgarici gli abituali abitatori dell'intestino ed abbiano quindi ritenuta possibile la moltiplicazione e l'acclimatamento dei fermenti bulgarici nell'intestino dell'uomo.

Le osservazioni dell'A. sono di grande importanza poichè costituiscono forse un primo passo per lo sgretolamento dell'edificio faticosamente costruito sui fermenti lattici sui quali sono stati fatti numerosissimi lavori (la bibliografia citata dall'A. comporta 107 articoli). Si potrebbe osservare, dal punto di vista della pratica medica, che l'azione favorevole dei fermenti lattici liquidi (di quelli in compresse non è più il caso di parlare) sia da attribuirsi alle condizioni favorevoli che essi creano per lo sviluppo della flora acidogena. Ma forse anch'essi hanno fatto il loro tempo e si avviano a scomparire, al pari dei tanti disinfettanti intestinali (benzonaftol, betol, ecc.) che hanno avuto un tempo degli entusiasti sostenitori e che sono ormai quasi del tutto abbandonati.

fil.

La batteriologia delle vie biliari.

Fino a poco tempo fa si riteneva che nella grande maggioranza dei casi di flogosi delle vie biliari non si avesse che rarissimo reperto batterico, limitandosi tale reperto, nei pochi casi positivi, quasi unicamente al b. coli.

Apparvero poi ulteriori studi ed osservazioni, secondo le quali la percentuale dei casi batteriologicamente positivi si mostrò più alta, con reperto, oltre che di b. coli, anche di b. del tifo e paratifo, nonchè di strepto- e stafilococchi.

Nel 1923, finalmente, si ebbero alcuni lavori elaborati nell'Istituto d'Igiene e nella Clinica Chirurgica di Giessen, per opera di Hüntemüller, Kliewe e Gundermann, i quali, modificata la tecnica di ricerca, dimostrarono come ancor più frequente fosse il reperto dei germi, tanto nella bile, quanto nelle pareti delle vie biliari, e nel fegato stesso.

La modificazione della tecnica consistette fondamentalmente nell'eseguire un arricchimento in brodo del materiale, prima di fare la definitiva semina sui terreni culturali.

Secondo i suddetti AA. sarebbero gli stafilococchi gli agenti infettivi più frequenti a ritrovarsi.

La loro veduta patogenetica, inoltre, dava la massima importanza all'infezione per via ematogena, ammettendo come eccezionale quella ascendente attraverso al coledoco.

Resultati simili avrebbe ottenuto Specht.

K. L. Pesch e V. Hoffmann (*Münch. Med. Woch.* n. 40, 5 ott. 1928) hanno ora ripreso la ricerca, apportando solo piccole e non sostanziali modifiche al metodo proposto da Hüntemüller, sperimentando su 150 casi.

La conclusione alla quale giungono è quella di non aver ottenuto i resultati degli AA. summenzionati, specialmente per quel che riguarderebbe la frequenza degli stafilococchi, la quale sarebbe dovuta piuttosto al facile inquinamento delle colture.

Di conseguenza non viene condivisa la teoria dell'infezione ematogena delle vie biliari da parte degli stafilococchi, nè viene ammesso il quadro morboso abbozzato da Gundermann di una colecistite stafilococcica.

Lo stafilococco, secondo gli AA., non avrebbe dunque nella patogenesi della colecistite e della colangite che un ruolo di secondaria importanza.

A tali conclusioni si è recentemente associato lo stesso Kliewe, con comunicazione ad una riunione di chirurgi del medio Reno (rif. in *Münch. Med. Woch.*, p. 418, 1928), apportando nuovo contributo statistico, che infirma le ricerche da lui precedentemente compiute, in unione di Hüntemüller e Gundermann.

M. FABERI.

CASISTICA.

I versamenti pleurici nel corso del pneumotorace.

Steinmeyer (*Zeitschrift für Tuberkulose*, giugno 1928) distingue in quattro varietà i versamenti pleurici che con tanta frequenza si verificano nel corso del pneumotorace terapeutico: 1) versamenti precoci (irritativi, benigni o poco favorevoli); 2) versamenti tubercolari (favorevoli, indifferenti o nocivi); 3) versamenti caldi (debolmente o fortemente infetti); 4) versamenti tardivi (meccanici o irritativi).

Occorre tener presente che lo svuotamento daframmatco, una grande caverna, una cavità d'ascesso pulmonare possono simulare il versamento pleurico.

L'accertamento della natura del liquido si fa con la puntura esplorativa.

I versamenti sierosi, limpidi si riscontrano nelle tubercolosi benigne: contengono numerosi linfociti e scarse emazie, e sono sterili.

Il versamento torbido che si produce rapidamente mentre l'infermo è febbricitante è indice di tubercolosi maligna: contiene linfociti, polinucleari, residui cellulari. Si può verificare la trasformazione purulenta, ma può anche accadere che il versamento divenga più limpido e più fluido mentre la febbre cade e lo stato generale migliora. Ciò naturalmente depone per una prognosi favorevole.

Alcuni autori considerano il versamento che si produce nel corso del pneumotorace come un'eventualità favorevole. La maggioranza però ritiene che esso sia sempre sfavorevole e quindi da evitarsi. Occorre perciò adoperare strumenti che non ledano la pleura viscerale, non insufflare aria atmosferica, e insufflare con una pressione conveniente. Da ciò la necessità che il pneumotorace sia praticato sempre in istituti adatti.

DR.

Empiema interlobare e ascesso del polmone.

La diversità della prognosi e del trattamento richiedono una esatta differenziazione tra le due forme.

Dieulafoy distinse, per l'empiema interlobare, lo « stadio chiuso », durante il quale non si hanno che i segni della suppurazione, senza manifestazioni polmonari, e lo « stadio aperto », in cui si presenta l'espettorato purulento, l'emottisi e l'odore putrefattivo dell'alito. Secondo tale autore sarebbe relativamente facile a dimostrarsi un'area di ottusità sulla regione mediana di un emitorace, con sonorità normale al disopra e al disotto di questa.

R. Kourilsky (rif. in *Lancet*, 30-6-28) sostiene come la diagnosi di empiema interlobare sia la maggior parte delle volte errata, trattandosi invece più frequentemente di ascesso polmonare. Secondo lui sarebbe assai difficile, anche radiologicamente, diagnosticare la prima evenienza basandosi sull'esistenza di un'ombra trasversale circondata da ombre di addensamento del polmone, a livello di uno spazio interlobare. Tale opinione viene suffragata dalla relazione di 52 casi di suppurazione intratoracica, 14 dei quali erano stati ritenuti come empiemi interlobari. Di questi, nove, all'operazione ed all'autopsia risultarono essere degli ascessi sviluppatisi nella regione dell'interlobo. Degli altri 5, solo due ebbero la conferma operatoria, mentre per 3 la diagnosi restò incerta.

Secondo l'A., quindi, allo « stadio aperto » di Dieulafoy corrisponderebbe, nel maggior numero dei casi, l'ascesso polmonare. Per l'empiema interlobare dovrebbe esistere antecedentemente un fatto pneumonico, mentre una insorgenza insidiosa depone più per l'ascesso.

La prognosi dell'empiema è molto migliore che quella dell'ascesso; il trattamento chirurgico, inol-

tre, si limita nel primo caso alla semplice incisione e al drenaggio, mentre, nel secondo caso, bisogna attendere, prima di aprire la cavità purulenta, che si siano saldati con la sutura i foglietti parietale e viscerale della pleura.

Secondo Comby ed altri l'empiema interlobare è molto più frequente nei bambini, prevalendo nell'adulto l'ascesso del polmone. M. FABERI.

L'adenopatia tracheo-bronchiale tubercolare dell'adulto.

L'adenopatia tracheo-bronchiale tubercolare dell'infanzia si presenta sotto due forme: 1) caseosa, grave, rapidamente mortale, derivante da una primo-infezione massiva; 2) benigna, con tendenza cronica, in cui, anatomicamente, si ha iperplasia ganglionare, con alcuni tubercoli sparsi nel parenchima dei gangli; clinicamente si manifesta con alterazione dello stato generale e febbre, modica od elevata, che dura a lungo e finisce per guarire.

Dal punto di vista dei segni fisici, si trova generalmente della ottusità paravertebrale (a destra) o parasternale, con o senza modificazione della respirazione, senza rantoli e con i consueti segni radiologici.

Nell'adulto, si descrive una forma caseosa, che rappresenta la primo-infezione, che colpisce un organismo esente da ogni bacillizzazione anteriore. Oltre a questa forma, A. Patsicas (*Journ. de méd. de Lyon*, 5 marzo 1928) ritiene di poter affermare che esiste nell'adulto una forma analoga a quella benigna dell'infanzia. Essa presenta sintomatologia varia e segni fisici costanti, analoghi a quelli che si riscontrano nell'infanzia. Tale adenopatia, ad andamento subacuto o cronico, rimane talora pura, oppure rappresenta la prima tappa della tubercolosi polmonare dell'adulto, che essa precede radiologicamente come clinicamente.

La diagnosi può farsi con un esame ben condotto e minuzioso ed è confermata dalla radiologia. Negli stadi precoci, il trattamento del tipo sanatoriale applicato severamente può dare risultati ottimi. *fil.*

TERAPIA.

Come comportarsi di fronte ad un avvelenato.

Uno dei problemi più interessanti della terapia d'urgenza è quello che si riferisce alla condotta da tenere di fronte ad un avvelenato, poichè in questi casi, il più delle volte, è dalla terapia adeguata che dipende la vita del paziente.

M. Saforcada (*Arch. de Medicina, Cirugia y Esp.* sett., 1928) prima di trattare della sintomatologia e delle varie terapie in questi infermi espone alcune considerazioni pertinenti ai diversi fattori che integrano l'etiologia dell'intossicazione.

Etiologicamente infatti si possono distinguere gli avvelenamenti in: criminale (assassinio); intenzionale (suicidio); accidentale che può dividersi in avvelenamento accidentale e professionale.

Nel primo gruppo figurano nella storia della tossicologia un gran numero di donne, divenute famose per i loro crimini, ma oggi l'uso dei veleni per attentare alla vita del prossimo, è diminuito considerevolmente, in vista sopratutto della facilità di scoprire il crimine, mediante i progressi realizzati dalla chimica.

Nel secondo gruppo si possono comprendere tutti i suicidi per avvelenamento. I veleni più adoperati sono l'HCL ed il sublimato corrosivo; molto meno frequentemente sono in causa l'acido solforico, l'acido nitrico, l'arseniato di stricnina, la cocaina, ecc.

Il terzo gruppo è costituito dalle intossicazioni di origine accidentale, e di esse vanno ricordate quelle dovute a « lapsus calami » nella prescrizione da parte del medico, quelle dovute ad imprudenza dell'infermo, o a sbaglio di bottiglia, a ingestione di una sostanza destinata ad uso esterno e finalmente le intossicazioni più o meno gravi, dovute a suscettibilità eccessiva o intolleranza da parte dei malati per alcuni medicamenti (arsenico, calomelano, ecc.).

Vanno ricordate inoltre le frequenti intossicazioni, quasi sempre mortali, prodotte dall'ossido di carbonio (apparecchi di riscaldamento, incendi, forni) e infine per completare quanto si riferisce alle intossicazioni accidentali, non vanno dimenticati i veleni metaemoglobinizzanti: l'anilina quando non è completamente ossidata e trasformata in rosanilina e pararosanilina, può dar luogo ad avvelenamenti mortali. Fra le intossicazioni professionali sono in prima linea le numerose industrie nelle quali si manipolano preparati di piombo, fosforo, mercurio, ecc.

Per quanto riguarda la diagnosi delle intossicazioni, il più delle volte l'infermo, la famiglia sanno indicare il veleno ingerito, o i sintomi stessi sono caratteristici; ma se manca completamente l'anamnesi, solo con la terapia sintomatica si può sperare di salvare l'infermo. D'altra parte esistono numerose malattie che possono dar luogo a morte istantanea, da fare pensare, in alcune circostanze, ad un avvelenamento, sopratutto quando l'infermo presenta un quadro sindromico comatoso, sincopale, convulsivo, asfittico, coleriforme.

Prima cosa da fare perciò di fronte ad un simile quadro è quella di eliminare tutte le malattie capaci di originarlo e cioè: l'uremia acuta, il diabete, l'emorragia cerebrale ecc.

In cambio vi sono alcune intossicazioni, in specie l'arsenicale, le quali possono spesse volte passare inosservate ed anzi essere considerate come infermità. A tale proposito esistono nella storia della tossicologia numerosi esempi di ciò, nè sempre si può attribuire a incompetenza diagnostica, perchè la sintomatologia dell'intossicazione arsenicale è molto varia.

Ad ogni modo oggi, mercè i progressi della clinica tossicologica e le ricerche sperimentali, il valore di alcuni sintomi di questo avvelenamento, è molto meglio conosciuto ed un medico che di fronte ad un infermo con paralisi dolorosa, edema della faccia, congiuntivite, melanosi e cheratosi, non sospettasse un avvelenamento arsenicale (facilmente comprovabile con l'esame delle urine) dimostrerebbe di disconoscere completamente gli elementi fondamentali della tossicologia.

Per ogni intossicazione esistono, quindi, importanti elementi di giudizio, ma per la diagnosi di avvelenamento occorre anche una grande esperienza clinica.

Sono facili a diagnosticare: l'intossicazione da stricnina, per l'iperestesia sensoriale, i tics, le convulsioni; quella dell'atropina per la secchezza della bocca, la midriasi, la tachicardia, il delirio allucinatorio; quella da fosforo per i vomiti, a volte fosforescenti, l'ittero, le emorragie; quella di sublimato corrosivo per la gastroenterite. la stomatite, la colite dissenterica. Il coma è uno dei sintomi più frequenti nella clinica tossicologica: esso però si presenta sempre con caratteri speciali per cui il più delle volte è facilmente diagnosticabile.

Per la diagnosi di avvelenamento è poi di grande utilità l'esame delle materie vomitate, dato che il vomito si presenta in molte intossicazioni per meccanismi differenti: atti riflessi il cui punto di partenza è l'intensa eccitazione della mucosa gastrica, azione nociva sopra i centri nervosi, ecc.; nel materiale emesso si potranno trovare anche tracce della sostanza che ha prodotto l'avvelenamento, ma ciò che veramente hanno importanza sono i caratteri delle materie vomitate.

Se, ad es. la loro reazione è fortemente alcalina, la consistenza saponosa, il colorito giallastro, tutto ciò deporrà per l'ingestione di soda o potassa caustica; la presenza di striature di sangue parlerà per l'intossicazione da sali di piombo; l'eventuale fosforescenza e l'odore aliaceo è proprio delle intossicazioni da fosforo e da anidride arseniosa.

Infine, oltre quanto è stato detto, per la diagnosi possono avere grande valore gli esami macroscopico, chimico e spettroscopico, e gli esperimenti negli animali.

Di fronte ad un avvelenato prima regola è di cercare di far espellere il veleno, e poi di somministrare un antitodo generale o speciale quando si conosca il veleno.

Per espellere il tossico si può ricorrere agli emetici, ma più praticamente si provoca il vomito col tintillamento dell'ugola. Fra gli emetici va ricordato il solfato di rame, alla dose di 20-50 ctgr. che però presenta l'inconveniente del sapore ed irrita la mucosa gastrica; il cloridrato di amorfina (1 ctgr.) per via ipodermica, oggi però molto poco usato per gli inconvenienti cui può dar luogo.

La lavanda gastrica perciò rimane sempre la migliore. In luogo di sola acqua, si può aggiungere un antitodo, per neutralizzare il veleno come l'albumina, il tannino, la soluzione iodo-iodurata.

Se si tratta di tossici poco solubili e quindi non assorbibili facilmente, è molto pratico prescrivere dopo gli emetici un purgante e da preferirsi sono i salini: solfato di magnesia, solfato di soda.

Nelle intossicazioni da veleni gassosi, dopo posto il paziente all'aria, si praticherà la respirazione artificiale, le inalazioni di ossigeno, ecc.

Fra gli antitodi, l'albumina è uno dei migliori sopratutto per i veleni inorganici e per alcuni organici, con i quali forma combinazioni poco solubili, ostacolando il loro assorbimento.

Anche il latte di vacca e quello di capra hanno proprietà simili all'albumina, però sono meno energici, solubilizzano i veleni solubili in grassi ed inoltre in presenza di anidride arseniosa danno luogo alla formazione di alcalini molto solubili e perciò tossici.

Il tannino o l'acido tannico è un antitodo generale eccellente: precipita l'immensa maggioranza dei veleni vegetali ed alcuni minerali, però ha l'inconveniente che i tannati o precipitati in parte si disciolgono nell'ambiente acido dello stomaco dopo un'ora, per cui bisogna provocare ancora il vomito. È pratico perciò unire alla soluzione tannica al 3 % una piccola quantità di carbonato o acetato sodico. Più o meno lo stesso inconveniente presenta la soluzione iodo-iodurata.

La magnesia calcinata è un buon antitodo degli acidi; il permanganato di potassio, per le sue proprietà ossidanti, è ritenuto l'antitodo generale dei veleni organici; il carbone animale e vegetale è raccomandato per la proprietà di attirare e ritenere tra i suoi pori le sostanze organiche o minerali disciolte o ridotte a fini particelle.

Nel soccorrere un avvelenato, occorre inoltre non dimenticare il trattamento sintomatico, per combattere i disturbi funzionali che spesso mettono in pericolo la vita dell'intossicato.

Molti veleni determinano disturbi della funzione respiratoria, perchè agiscono sui centri nervosi corrispondenti. La respirazione artificiale, accompagnata da trazioni ritmiche della lingua, costituisce un eccellente metodo per riattivare l'energia respiratoria; a normalizzare la respirazione un buon coadiuvante è la elettrizzazione del diaframma, così pure vanno ricordati l'applicazione di revulsivi o acqua calda sulla regione precordiale.

I disturbi cardiaci, spesso richiedono un trattamento cardiotonico energico per combattere gli stati lipotimici e la tendenza al collasso. Qui perciò giovano molto le iniezioni ipodermiche di caffeina associata al benzoato sodico, d'olio canforato, di etere e per via orale caffè, the, cognac.

La gastroenterite tossica, tanto frequente in molti avvelenati si tratterà con regime latteo, bevande calde. Finalmente l'oliguria o l'anuria, che suole presentarsi in molte intossicazioni (sublimato, tossici metaemoglobinizzanti, cantaride, ecc.) sarà trattata ugualmente con regime latteo e con i diuretici.

A. POZZI.

VARIA.

Le malattie degli Ebrei secondo Ramazzini.

In questo capitolo del suo « De morbis artificum diatriba » il Ramazzini non solo dipinge a vivi colori il quadro delle miserrime condizioni in cui ai suoi tempi erano condannati a vivere gli israeliti, appena tollerati nei luridi ghetti e nei mestieri più ripugnanti e nocivi, ma, combattendo molti pregiudizi, dà la ragione delle malattie da cui essi erano di solito colpiti, e che spesso provocavano ironie ed ingiurie da parte dei cittadini.

Notevole, e da porsi in grande rilievo, è l'intuizione del Ramazzini sull'esistenza d'un *quid* virulento, contenuto nelle materie da loro manipolate, come causa di molte loro malattie. Del tutto accettabili sono poi, anche secondo le moderne vedute igieniche, le misure profilattiche da lui proposte per evitare l'assorbimento delle polveri e delle materie inquinate.

« La razza ebrea è travagliata da varie malattie, non congenite, come comunemente si suol credere, ma dovute alla cattiva nutrizione ed ai mestieri che essa esercita. Falsamente si attribuisce agli ebrei, come innato ed endemico, un cattivo odore, perchè il fetore che emana dalla plebe deriva dal fatto che essa abita in case anguste e mena una vita disagiata. Quando essi dimoravano a Gerusalemme, dove vi era abbondanza di profumi, è da credere che fossero puliti ed emanassero buon odore.

« Quasi tutti gli ebrei, e specialmente la plebe che costituisce il loro maggior numero, esercitano mestieri sedentari, dedicandosi a quello di ciabattino e di rammendare abiti usati; sopratutto ciò si verifica fra le donne, sia nubili che maritate, le quali si guadagnano da vivere col rammendo Esse non filano, nè tessono, nè conoscono altra arte di Minerva che quella di cucire, ma in questa sono talmente abili che rattoppano così bene i vestiti, sia di lana che di cotone, che non appare più alcun segno degli strappi.

« Questo loro lavoro esige un grande sforzo visivo, e perciò tutte le donne ebree che accudiscono al rammendo per tutto il giorno e per molta parte della notte al tenuissimo lume d'una lampada che somiglia a quelle sepolcrali, non solo vanno soggette a tutti gli acciacchi della vita sedentaria, ma, con l'andar del tempo, soffrono anche di forte abbassamento di vista, tanto che verso i 60 anni diventano miopi e guercie. Poichè, inoltre, in tutte le città gli ebrei dimorano malamente tra vicoli angusti e luridi, e le donne usano star sedute in ogni stagione presso le finestre aperte allo scopo di usufruire di maggior luce, esse sono travagliate da molti malanni come cefalee, raucedini, congiuntiviti; per ciò la maggior parte di loro, almeno per la bassa plebe, sono sordastre e cispose.

Gli uomini, poi, i quali stanno tutto il giorno nei loro tuguri, o seduti a rappezzare vesti, o in piedi in cerca di chi possa comperare i loro vecchi stracci, sono quasi tutti cachettici, malinconici, tetri, e in gran parte scabbiosi. Pochi sono infatti fra gli ebrei, anche fra i più ricchi, quelli che non sono affetti da qualche eczema pruriginoso, tanto che si crede che questa brutta malattia sia congenita ed ereditaria nella loro razza; così pure si crede che l'elefantiasi sia stata fra gli ebrei famigliare come una seconda natura.

« Gli ebrei esercitano oltre al mestiere del rammendo anche questo, specialmente in Italia: essi sogliono rifare i materassi dopo che per parecchi anni sono rimasti nel letto, e sono diventati duri per essersi la lana compressa. Essi a mezzo di verghe di vimini battono e rivoltano la lana sopra telai in modo da renderla più soffice, e con questo mestiere, esercitato qua e là per le case della città, ritraggono un non piccolo guadagno. Eseguendo questo lavoro assorbono colla respirazione molta sporcizia e polvere. Dallo scuotere e cardare quella lana vecchia e molte volte

sporca, risentono gravi conseguenze come forte tosse, dispnea, disturbi di stomaco.

« Io ne ho conosciuti molti che erano stati gravemente danneggiati da questo mestiere e colpiti da tisi insanabile; essi stessi confessavano ciò e maledivano quel mestiere come causa della loro fine. Io sarei d'avviso che quella polvere è dannosa non tanto perchè proviene dalla lana vecchia, quanto per le impurità lasciatevi dai corpi che vi avevano dormito sopra. (Questa osservazione è importantissima perchè ai tempi del Ramazzini non si conoscevano i germi delle malattie infettive e contagiose). Certo si è che fra noi esiste l'usanza, quando sia morto qualcuno in una famiglia, e gli siano stati fatti i funerali, di consegnare alle lavandaie, per pulire e smacchiare, le lenzuola, gli indumenti e ogni altra cosa che dal defunto fosse stata usata durante la malattia, e di chiamare il giudeo perchè scuota e ripulisca come d'uso i materassi all'aperto.

« Nell'eseguire tale lavoro questa gente, alla stessa guisa dei vespilloni, assorbe alcunchè di mortale (si intuisce l'esistenza del virus infettante) e nello stesso tempo contrae qualche malattia polmonare.

« Tutti sanno che la carta da scrivere si fabbrica mediante vecchi stracci di lino e di canapa, rammolliti, putrefatti e pestati nell'acqua, con ingegnose e ammirevoli manipolazioni ignote agli antichi, i quali si servivano per scrivere di tavolette ricoperte di cera e di papiri provenienti dall'Egitto, o di pergamene.

« Ora, codesta razza degli ebrei, compra a vile prezzo questi cenci gridando per le strade della città, e dopo che ne ha raccolto una grande quantità, li rivende ai fabbricanti di carta. Quando gli ebrei ritornano alle loro case carichi di questi sacchi di stracci, li svuotano diligentemente e danno attenzione che non vi sia fra essi alcun pezzo di lana o di seta, che mettono da parte come non usabile per la fabbricazione della carta; raccolgono poi in grandi mucchi, nelle loro stesse abitazioni, le luride spoglie. È appena credibile quale perfido odore emani da questa massa ogni qual volta la smuovano per riempirne grandi sacchi che portano ai fabbricanti di carta.

« Divengono perciò tossicolosi, e sofferenti di nausee e di vertigini. Che cosa, infatti, si può immaginare di più lurido e di più stomachevole, che il vedere questa gente carica di questi avanzi dell'umana miseria, della raccolta di tutte le sporcizie di uomini, di donne e di cadaveri, spettacolo non meno miserevole che orrendo?

« Vediamo come si possono curare i mali di questa gente. Io penso che nulla è per loro più salutare, sia per gli uomini che per le donne che attendono al rammendo, dell'esercizio del corpo, di cui nulla è più giovevole per espellere i ristagni, per rafforzare il calore naturale, per aiutare la digestione, per promuovere la traspirazione, per fugare la scabbia. Pertanto le donne che sono sempre intente a cucire dovrebbero dedicare qualche ora alla loro salute, ricreando il corpo, e rimuovendo, come suol dirsi, gli occhi e le mani dalla tavola, affinchè perduta la vista, non siano poi condannate a trascinare una miserevole vita. Si devono usare, inoltre, frequenti purghe blande, come lenitivo eletuario, pillole d'aloe, rabarbaro e simili affinchè non si accumuli nei loro corpi una soverchia congerie di umori. Io ritengo che il salasso non sia ad esse giovevole come i purganti, perchè la perdita di sangue fa perdere loro le forze; a ciò si aggiunga la loro convinzione, tuttavia non molto lontana dal vero, che nulla sia più dannoso del salasso per la debolezza di vista.

« Esse tollerano con facilità cauterizzazioni alle braccia e alle coscie, e ne ritraggono giovamento, fornendosi alla natura un emissario dal quale possano venire eliminate le impurità.

« Per quelli che esercitano il mestiere di stracciaiuoli e di rifacitori di materassi sono da prescriversi rimedi più energici, perchè possano eliminare per via rettale o boccale (quest'ultima è più spicciativa), le particelle di detriti assorbite. A tal uopo deve usarsi antimonio, aceti teriacali, la teriaca stessa e simili che vincono gli elementi virulenti. Devono sciacquare la bocca mentre lavorano con ossicrato, e devono ricoprirsi la faccia e le narici con un velo, affinchè le mucose del corpo non subiscano la penetrazione di quelle polveri ».

SALVATORE DIEZ.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. S. Adami, da Tesero:

Consulti: A. SCLAVO. *Per la propaganda igienica.* Paravia, ed. Torino. *Igiene popolare. Lezioni della Scuola popolare d'igiene di Torino* (L. 5). Per l'acquisto di queste, che contengono anche le nozioni sui soccorsi d'urgenza, si rivolga all'Ufficio di Igiene di Torino.

Per tabelle murali didattiche si rivolga alla Ditta Paravia (Torino, Milano) ed a quella A. Vallardi (Milano).

Utili come propaganda igienica per gli operai sono i quadri murali di G. ANGELICI.

fil.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA (*).

CONTROVERSIE GIURIDICHE

IV. Procedimento e giudizio delle Commissioni per i concorsi pubblici.

I medici dei dispensari comunali per le malattie celtiche sono nominati in seguito a concorso per esami e per titoli.

Le norme del procedimento furono emanate con decreto ministeriale 15 agosto 1923.

Non è prescritto esplicitamente che la Commissione debba prestabilire criteri generali per la valutazione dei titoli. La V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 6 luglio 1928 n. 407, ha perciò ritenuto che non sia necessario determinarli.

Non sembra che questa risoluzione possa essere accettata, senza riserve.

Sia o non regolata formalmente l'attività della Commissione, per qualsiasi concorso, è certo che il giudizio di essa, perchè sia legittimo, deve essere espresso compiutamente, con tutti gli elementi essenziali, tra i quali sono, in ogni caso, i criteri di valutazione, che devono essere uniformi.

Il giudizio della Commissione corrisponde, in sostanza, per la sua struttura, ad un sillogismo, ad un processo logico il quale consta necessariamente della premessa maggiore, della premessa minore e della conclusione.

In altri termini, la Commissione deve prima stabilire, per tutti i concorrenti e in relazione allo scopo del concorso, criteri astratti per la determinazione degli indici del valore e della idoneità: deve poi applicare questi criteri esaminando la posizione dei concorrenti, per giungere alla conclusione, cioè al giudizio concreto.

Si può ammettere, ma non senza riserva, che in certi casi i criteri generali, sebbene non espressi formalmente, risultino *per implicito* dal verbale e il giudizio sia perciò sufficiente. Ma si deve procedere con molta cautela per questa via, che non è certamente normale.

La giurisprudenza è stata rigorosa; ma negli ultimi tempi si è manifestato qualche temperamento, per esigenze pratiche, per es. nel caso di due soli concorrenti.

È però preferibile che la regola sia sempre osservata; i temperamenti e le eccezioni, anche se in determinati casi possano sembrare giustificati, sono pericolosi perchè aprono brecce, che poi gradualmente, per successive erosioni, si fanno eccessivamente ampie.

Il potere che spetta alle Commissioni è assai delicato e contiene, in ogni caso, marcati elementi di discrezionalità; gli indici della capacità sono necessariamente incerti e molto approssimativi. Se a tutto ciò si aggiunge una attenuazione dei controlli di legittimità, considerando sufficienti anche giudizi sommari, è assai facile che la discrezionalità degeneri in arbitrio non controllabile.

Per la serietà stessa di qualsiasi concorso, indipendentemente dal numero dei partecipanti, il giudizio della Commissione deve essere completo e deve risultare compiutamente, senza presupposti non espressi e senza sottintesi, dal verbale, il quale deve essere comunicato ai concorrenti con l'atto di partecipazione dell'esito del concorso.

***

Nella decisione sopra indicata, la V Sezione ha detto che la brevità del tempo impiegato non è indice di eccesso di potere. Ma ciò in senso del tutto relativo.

È accaduto, per es., che, in un concorso importante, al quale partecipavano oltre venti aspiranti, con titoli vari e *molte pubblicazioni*, la Commissione iniziò ed esaurì i lavori in un pomeriggio e concluse con affermazioni generiche. Non era possibile che in poche ore fossero considerati almeno i titoli dei vari capitoli di tante pubblicazioni. Qui la brevità del tempo è indice di mancato esame.

Le pubblicazioni devono essere lette: come si potrebbe, altrimenti, giudicarne? È stato ammesso, correttamente, che l'esame preliminare delle singole pubblicazioni, può non essere collegiale: la Commissione può affidare questo esame ad alcuni dei suoi membri i quali poi ne riferiscano in adunanza, perchè, in ogni caso, il *giudizio* deve essere collegiale. Questo procedimento è analogo a quello che si svolge, nel campo giurisdizionale, per le decisioni delle magistrature collegiali: il giudice o consigliere relatore esamina gli atti della causa e ne fa la relazione; il Collegio decide.

Ovvie esigenze pratiche rendono necessario questo procedimento in certi casi, anche per le Commissioni.

***

La decisione che ha dato occasione a questa nota annullò il concorso perchè l'esame clinico era stato fatto oralmente, sebbene il regolamento prescrivesse la forma scritta, e perchè erronea-

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

mente era stata considerata la *durata* di un servizio sanitario lodevolmente prestato.

***

I membri delle Commissioni possono essere ricusati? La risposta affermativa non è dubbia. La giurisprudenza è costante, in questo senso. Pur non essendo prevista esplicitamente e regolata la ricusazione, l'ordinamento stesso, gli scopi e le esigenze razionali e pratiche di qualsiasi concorso, presuppongono che la Commissione sia costituita in condizioni atte ad un giudizio presuntivamente obbiettivo e sereno. Se tra alcuno dei commissari e uno o più dei concorrenti, il rapporto è tale da influire apprezzabilmente sulla coscienza e sulla volontà, è evidente che l'organo non può funzionare come la legge presuppone per un determinato fine di giustizia. La ricusazione, ha detto il Consiglio di Stato, Sezione V, con decisione 23 agosto 1928, n. 493, è ammissibile per motivi gravi, positivamente accertati, e non per tutti i casi che l'art. 116 del codice di procedura civile prevede per la ricusazione del giudice. L'art. 116 considera molte ipotesi: interesse nella controversia; parentela o affinità sino al quarto grado; rapporti di credito e debito; lite vertente; inimicizia grave; rapporto di tutela, curatela, di dipendenza o di convivenza abituale, di consulenza ecc. ecc.

È evidente che questa specificazione non può essere estesa, senz'altro, per analogia, quando si tratti di ricusare Commissioni. Ma la parentela, la inimicizia grave, l'interesse proprio, diretto o indiretto, sono situazioni che presuntivamente turbano la obbiettività e la serenità del giudizio.

Motivi tali, ha detto il Consiglio di Stato, che possano pregiudicare la finalità del concorso.

In base a questo criterio di massima devono essere considerate le singole situazioni concrete.

***

Non è frequente ma può verificarsi il caso di un concorso con risultato completamente negativo, qualora nessuno dei concorrenti sia riconosciuto idoneo. Si è discusso, in tal caso, dell'ammissibilità del ricorso in sede giurisdizionale contro il provvedimento definitivo che accetta e dichiara l'esito negativo del concorso stesso.

La V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 9 giugno 1928 n. 324, ha ritenuto che il ricorso sia ammissibile. Questa risoluzione è giuridicamente corretta. Quale che sia il provvedimento finale, se l'interesse del concorrente ne è offeso, si può esercitare il diritto di azione per l'annullamento della determinazione lesiva dell'interesse, se ed in quanto sia viziata da violazione di legge o da eccesso di potere. È noto che, generalmente, il giudizio della Commissione non è definitivo e che il ricorso può essere prodotto contro il provvedimento positivo o negativo dell'organo deliberante, anche se siano dedotti soltanto motivi inerenti all'attività e al giudizio della Commissione.

Nel caso di un concorso con esito negativo, l'azione deve essere esercitata contro il provvedimento positivo o negativo dell'amministrazione che accetta le determinazioni della Commissione. S'intende che, in tal caso, impugnandosi formalmente la deliberazione o il provvedimento negativo dell'amministrazione, i motivi non possono riguardare concretamente che il giudizio della Commissione. Se questo è imperfetto o per erroneità dei criteri direttivi o per difetto di valutazione o per contraddizione intrinseca ecc., la illegittimità si ripercuote sul provvedimento definitivo il quale, perciò, deve essere annullato, con la conseguenza della rinnovazione del giudizio della Commissione.

Il termine decorre dalla data della notificazione del provvedimento definitivo. Se il concorrente ha conoscenza della graduatoria, anche nel caso di conclusioni completamente negative, il termine non decorre, perchè, come si è detto, l'atto finale della Commissione non è definitivo e quindi non è per se stesso impugnabile, nemmeno nel caso che escluda dal concorso. Se, invece, l'amministrazione, comunicando l'esito negativo, soggiunge che il concorso è perciò considerato esaurito, cioè partecipa sia pure implicitamente che accetta le conclusioni della Commissione, questa manifestazione di volontà è definitiva e, quindi, dalla data della notificazione di essa decorre il termine di sessanta giorni. Può accadere che, comunicato il giudizio della Commissione, l'amministrazione non provveda formalmente, ma compia altri atti che importino necessariamente accettazione del giudizio della Commissione. In tal caso c'è un provvedimento negativo, per il quale, generalmente, il termine non decorre se non quando siano comunicati agli interessati o siano comunque a conoscenza di essi quegli atti che implicitamente importano accettazione dell'esito negativo. Se, per es., l'amministrazione indice *ex novo* il concorso, è evidente che accetta il giudizio della Commissione per il concorso precedente. In tal caso, non è dubbio che il termine decorre dalla comunicazione dell'avviso del nuovo concorso.

È da avvertire, in fine, che, se pure non sia notificato il provvedimento, qualora risulti positivamente, e in base ad atti formali, che l'interessato ne ha avuto notizia sufficiente, il termine decorre dalla data della conoscenza accertata.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Per le Casse di malattia aziendali e provinciali.

La Confederazione Nazionale dei Sindacati dell'Industria ha dato disposizioni agli uffici provinciali dipendenti per sollecitare, in conformità di quanto prescrive la Carta del Lavoro, la costituzione delle Casse di malattia, sia aziendali che provinciali.

Per quanto riguarda i dipendenti delle industrie metallurgiche e chimiche si deve tenere presente l'impegno sanzionato nel contratto collettivo di lavoro per la creazione di opportuni organismi di collegamento tra le Casse mutue al fine di garantire ai lavoratori la continuità dell'assistenza nei passaggi di azienda e garantire altresì il coordinamento dei vari servizi tecnici.

Bisogno di medici nelle Colonie belghe.

La Direz. Gener. della Sanità Pubblica ha diramato ai Prefetti la seguente circolare:

« Il R. Ministero degli Affari Esteri ha fatto presente la possibilità che medici italiani possano trovare impiego a condizioni convenienti nel territorio sotto mandato Belga del Ruanda-Urundi.

Nel Ruanda-Urundi vasta zona del centro dell'Africa e sita in prossimità del Lago Tanganica fra il lato orientale del Congo Belga e il confino occidentale dell'Africa Orientale inglese, i medici sono assunti per contratto triennale con lo stipendio annuo di 75.000 franchi belgi oltre una indennità annua di 3000 franchi belgi e il rimborso delle spese di viaggio. Per il servizio prestato in regioni infette da malattie epidemiche come la malattia del sonno, essi ricevono in più una indennità annua di 10.000 franchi belgi. Alla fine del contratto, se accettano di rinnovarlo, ricevono un congedo di sei mesi con il 75 % dello stipendio più un premio di rinnovazione di contratto.

Si richiede la conoscenza della lingua francese.

Le domande devono essere indirizzate alla Direzione della Croce Rossa del Congo, 80 Ruanda Livourne - Bruxelles.

Si pregano le LL. EE. di provvedere alla diffusione di tali notizie negli ambienti medici delle rispettive provincie valendosi così degli Ordini e dei Sindacati Sanitari come di quegli altri mezzi che riterranno più idonei, fornendo un cenno di intesa ».

Pel Ministro: MESSEA.

Ordine dei Medici della Provincia di Roma.

Si rende noto a tutti i sanitari iscritti all'Albo l'obbligo di presentare agli Uffici dell'Ordine il certificato della loro attuale residenza; e a tutti i sanitari residenti in Roma o Provincia, ma non iscritti nell'Albo dell'Ordine, l'obbligo di provvedere senza indugio a tale iscrizione, domandando il trasferimento dell'iscrizione stessa a termini di legge se siano già compresi nell'Albo di altro Ordine.

Gli Uffici dell'Ordine, Corso Vittorio Emanuele 24, sono aperti dalle ore 9 alle 12 e dalle 17 alle 21.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ADRIA (*Rovigo*). *Ospedale Civile*. — Al 31 gen., ore 17; aiuto medico dell'Ospedale e assistente del Centro diagnostico e Dispensario antitubercolare; età lim. 30 a.; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi dal 20 dic.; L. 3600 ciascuno; l'aiuto riceverà anche vitto, stanza e percentuale visite; assunz. serv. entro 10 giorni.

CAGLIARI. *Amministraz. Provinc.* — Scad. 31 gen.; direttore Sez. med.-micrograf. del Laborat. d'igiene e profilassi; L. 13.700 aumentabili a lire 16.000 dopo 3 quadrienni, oltre L. 3500 serv. att.; eventuale partecip. 25-50 % introiti; età lim. 45 a.; tassa L. 50,15.

CALTANISSETTA. *R. Prefettura.* — Ufficiali sanitari di Butera, Resuttano e San Cataldo; L. 6000, 5000 e 8000 rispettivam.; aumenti. Tassa L. 50, alle tesorerie comun. Scad. 15 febbr.

CARCARE (*Savona*). — Scad. 31 gen.; L. 8400 aumentabili.

CASTORANO (*Ascoli Pic.*). — Scad. 31 gen.; lire 8700 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 indenn. laurea, L. 500 uff. san.; età lim. a. 45; tassa L. 50,10.

CERVETERI (*Roma*). — Scad. 10 feb.; ore 12; L. 10.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 se uff. san., c.-v. in L. 780 se celibe, L. 840 se coniugato; età lim. 35 a.; tassa L. 50; accettaz. entro 10 gg.

CHIARI (*Brescia*). — Al 15 feb. una delle due condotte mediche per i poveri. Stip. L. 9000, oltre sei quinquenni dec., indenn. trasp. in L. 3000 e quelle di c.-v. Laurea da oltre 3 anni; voti d'esame e altri documenti di pratica.

CIVITAVECCHIA (*Roma*). — A tutto 31 gen., per Santa Marinella e Santa Severa; L. 8500 oltre lire 1100 serv. att., doppio c.-v., 5 quadrienni dec.; tassa L. 50; età lim. 35 a.; serv. entro 15 gg. Chied. annunzio.

COMMESSAGGIO (*Mantova*). — Scad. 31 gen.; L. 9500 oltre L. 1800 trasp., L. 500 uff. san., c.-v.; tassa L. 50,15.

CREMONA. *Istituti Ospitalieri.* — A tutto 20 febbraio; primario chirurgo del Reparto Maschile; titoli ed eventualm. esami; L. 9000. Età lim. a. 45. Almeno 4 anni di servizio presso Cliniche chirurgiche o grandi Ospedali. Rivolgersi Segreteria.

DUINO-AURISINA (*Trieste*). — A tutto 25 gen.; sede a Sistiana-Duino; L. 9000 e c.-v., oltre lire 1500 di attività e L. 3000 trasp. Rivolgersi Uff. Com. di Aurisina.

Genova. *R. Prefettura*. — Ufficiali sanitarî per due Consorzi. Proroga 31 gen.

Giaveno (*Torino*). — Scad. 31 gen.; L. 8000 oltre c.-v., L. 1800 trasp., L. 500 uff. san.; tassa L. 50,15.

Iglesias. *Municipio*. — Il concorso per medico del Dispensario Antivenereo Comunale è prorogato al 31 gennaio. Oltre quanto è indicato nel precedente avviso il titolare percepirà un compenso annuo di L. 1500 per visita alle meretrici, più proventi dal libero esercizio nella Città che conta 23.000 abitanti compresi quelli residenti nelle vicine miniere.

Lucca. *Consorzio Provinciale Antitubercolare*. — Direttore Tecnico Sanitario dei Servizi antitubercolari, titoli ed esami; L. 17.800 e due quadrienni di L. 1200 e di L. 1500; servizio attivo lire 5500; età lim. 40 a. Scadenza 10 febb. Per schiarim. rivolgersi alla Segreteria presso Uffici della Provincia.

Monesiglio (*Cuneo*). — Scad. 31 gen.; L. 9700 oltre L. 800 se uff. san., L. 3000 automob.; tassa L. 50,15.

Monza. *Congregaz. di Carità*. — Al 5 feb., medico secondario del Civico Ospedale; L. 4000 (*sic*) ridotte; partecipaz. proventi; L. 10 e vitto nei giorni di guardia; in corso miglioramenti; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dalla presentaz.; serv. entro 10 gg.; nom. e conferma biennali.

Modena. *R. Clinica Ostetrico-Ginecologica*. — Levatrice maestra e levatrice assistente; scad. 31 gen.; chiedere annunzio.

Padova. *Spedale Civile*. — Assist. effett. dei Reparti per tubercolosi; L. 5500 e 2 bienni subordinatam. a conferma; scad. ore 18 del 31 gen.; età lim. 30 a. al 1° gen.; turni pronto soccorso di 24 ore a L. 30; tassa L. 50,10 alla Tesoreria; serv. entro 20 gg. Chied. annunzio.

Siracusa. *R. Prefettura*. — Uff. san. di Carlentini; titoli ed esami; L. 7000 e 4 quadrienni dec., c.-v., compensi a carico di privati; doc. a 3 mesi dal 20 dic.; età lim. 45 a.; scad. 45 gg. dal 20 dic. Ab. 11.844. Chiedere bando.

Uff. san. del capoluogo; proroga a tutto il 31 gennaio; v. fasc. 50 del 1928.

Sorradile (*Cagliari*). — Scad. 15 feb.; L. 11.000 compreso uff. san.; per cavalc. L. 2000; età lim. 45 a.; tassa L. 50.

Sostegno (*Vercelli*). — Consorzio con Castelletto Villa; L. 8000 oltre L. 500 uff. san.; aumenti periodici; indenn. trasp. L. 1800. Scad. 30 gen.

Terni. *Amministrazione provinciale*. — Direttore Sezione Medico-Micrografica e Assistente Sezione Chimica Laboratorio Provinciale Igiene e Profilassi. Titoli ed esami. Scad. prorogata al 28 febbraio.

Udine. *Amministraz. Provinciale*. — Al 31 gen., ore 18; medico di Sezione nel Manicomio Provinc.; titoli; L. 11.000 oltre L. 2300 serv. att., c.-v., alloggio personale ammobigl., luce, riscaldam., nei giorni di guardia vitto; titoli; età lim. 25-35 a.; doc. a 6 mesi dal 28 dic. Chied. annunzio. Rivolgersi alla Segreteria.

Venezia. *Ospedale Civile*. — Due aiuti chirurghi; L. 4560 per i coniugati, L. 4200 per i celibi (*sic*); tit. ed esami; nomina bienn., conferma per un anno; scad. ore 17,30 del 2 feb.; tassa L. 50 al tesoriere; doc. a 3 mesi dal 22 dic. Chiedere annunzio.

Volterra (*Pisa*). — Al 31 gen.; per Saline di Volterra; ab. 2000; iscritti 50 c.; L. 9500 per 500 iscritti, addizion. L. 3, c.-v., L. 3500 cav.; aumenti decimo fino a L. 14.250; età lim. 40 a.; doc. a 3 mesi dal 31 dic.; tassa L. 50,15. Chiedere annunzio.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Milano.

L'attività scientifica delle Cliniche della R. Università. La Clinica Medica.

Va sempre più moltiplicandosi ed intensificandosi l'attività delle Cliniche come quella degli Istituti scientifici della nostra R. Università. Deve inaugurarsi in questi giorni la nuova Clinica Medica che sorge nel centro dell'area occupata dai padiglioni Chirurgici e di Specialità dell'Ospedale Maggiore, al di là del Naviglio.

Essa è stata appositamente costruita secondo i criterii più moderni dell'edilizia in seguito a munifica elargizione del comm. Sacco.

Nell'antica sede della Clinica Medica dell'Ospedale Fatebenefratelli venne pubblicato nell'anno scolastico 1927-28 dal chiar.mo prof. Zoia, direttore, un lavoro: « Osservazioni cliniche sul diabete e sull'insulina ». Il dott. Greppi, assistente, ha eseguito lavori su « Splenomegalia emolitica perniciosiforme », « Anemia perniciosa ed emopatie infettive », « Les valeurs normales de l'échange hémoglobinique », « L'importanza della milza nella reazione leucocitaria all'adrenalina ». L'assistente dott. Orsi ha fatto delle comunicazioni su « Una forma complessa di bradicardia », « La sostituzione della sintalina all'insulina nella terapia del diabete », « Note di terapia non insulinica del diabete », « Sulla patogenesi dei versamenti », « Disturbi della eccitabilità e della conducibilità cardiaca per compressione dei bulbi oculari », « L'anarchia ventricolare ». L'assistente dott. Segre ha comunicato su « Ulteriori ricerche sul nodo del seno », « Il chinino associato ad altri principi vegetali nella cura della malaria », « Sul significato dell'onda P sdoppiata nell'elettrocardiogramma in rapporto colla morfologia del nodo del seno », « La circolazione sanguigna del tessuto nodale cardiaco e suo rapporto colla fisiologia della contrazione cardiaca ». L'assistente dott. Lucchini ha pubblicato un « Contributo allo studio della reazione di Wassermann ». Il dott. Castellotti ha compiuto un interessante studio clinico sul « polso arteriolare » ed altri sulle modificazioni del calibro dei capillari durante l'azione di alcuni farmaci, sull'azione degli zuccheri sui vasi. Il dott. Rossi ha eseguito delle determinazioni calorimetriche su due operati di splenectomia; il dott. Semenza ha studiato il diossiacetone nell'uso clinico e la curva glicemica.

Dott. Ruggero Ascoli.

NOTIZIE DIVERSE.

III Congresso Nazionale antitubercolare.

L'on. prof. Raffaele Paolucci, Presidente della Federazione Nazionale, ha incaricato il prof. Luigi Manfredi, presidente del Consorzio antitubercolare di Palermo, di organizzare il III Congresso Nazionale della Federazione Nazionale antitubercolare. Contemporaneamente avrà luogo il Congresso della Società Italiana di studi della tubercolosi, che è presieduta dal sen. prof. E. Maragliano.

Daremo in seguito più dettagliati particolari. Palermo si appresta intanto all'avvenimento sociale e culturale; dimostrerà che per opera di benemeriti cittadini ha fatto rilevanti progressi nella grande lotta che, per virtù del Governo fascista, ha una base di sicuro successo.

Opera Nazionale Maternità e Infanzia.

L'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia, che già aveva interessato le sue Federazioni provinciali perchè nell'imminenza della stagione invernale dessero maggiore incremento all'assistenza alle mamme bisognose ed ai fanciulli, ha ora messo a disposizione di Refettori materni, Dispensarii di latte, Asili, Nidi, ecc., la rilevante somma di dieci milioni, che in questa occasione l'Opera distribuisce alle Provincie per la creazione di questi utili e benefici Istituti, che sorgeranno di preferenza dove più densa è la popolazione operaia ed in qualche regione ove, per la periodica emigrazione invernale dei capi famiglia, le donne ed i bambini dei lavoratori hanno bisogno di maggior cura ed assistenza.

Consorzio provinciale antitubercolare di Roma.

Il Consorzio Antitubercolare di Roma ha proseguito nel 1928 a svolgere la sua azione profilattica e curativa nel campo assistenziale ai malati di tubercolosi.

Ha inaugurato nel giugno un dispensario antitubercolare in Civitavecchia, e nel novembre uno in Velletri, tutti e due costruiti «ex novo» ed arredati completamente di tutto il materiale necessario. Essi funzionano regolarmente e sono forniti del personale e dei mezzi necessari a carico esclusivo del Consorzio.

Nel maggio e giugno è stata accuratamente preparata e svolta la «Festa del Fiore», celebrata in tutti i comuni della provincia, costituendo singoli comitati nei 144 comuni.

Durante i mesi estivi, il Consorzio ha organizzato i servizi per inviare al mare e ai monti i bambini gracili e predisposti. Sono state esaminate, con successive visite mediche, 895 domande; ne sono state accolte 331. Sono stati inviati al mare 253 bambini di Roma e Provincia: alle Colonie Montane 32; sono state inviate al mare anche 41 donne adulte. Le spese di questi ricoveri estivi sono state sopportate esclusivamente dal Consorzio.

Nel campo curativo e di profilassi, ristretto ai soli ricoveri dei malati, il Consorzio ha istruito e deliberato su oltre 160 domande. Di esse il 75 per cento è stato accolto ed i malati sono stati ricoverati ai vari Istituti sanatoriali. A fine dicembre il Consorzio aveva sostenuto un onere per rette di ricoverati per oltre 450.000 lire, cioè per i 4/5 del proprio bilancio.

Il Consorzio ha anche affrontato gli studi per completare la rete dispensariale. Sono in corso le trattative per l'acquisto dell'area per un Tubercolosario Sanatorio Femminile. Sono inoltrate le pratiche per un preventorio in Gaeta.

Accademia Lancisiana di Roma.

Giovedì 10 corr. ebbe luogo presso l'Ospedale di S. Maria della Consolazione la terza seduta ordinaria dell'Accademia Lancisiana di Roma, a cui, per l'interesse delle comunicazioni, assistevano moltissimi Professori Universitari, Primari d'Ospedale e medici.

Il presidente prof. Fioretti, ha dato la parola al prof. Galli, che ha esposto i risultati ottenuti dalla cura chirurgica in due casi di angina pectoris, presentando un malato in ottime condizioni.

Il prof. Bonfiglio ha parlato dell'importanza del quadro umorale per la diagnosi della paralisi progressiva. Il prof. Sebastiani ha illustrato con cardiogrammi le modificazioni ottenute con l'uso della chinidina endovenosa, in un attacco di tachicardia parossistica.

Il dott. Santoro presentò e illustrò con delle rediografie un caso di diverticolo gastrico. Alla discussione presero parte i proff. Alessandrini, Ayala, Antonelli, Galli e Margarucci.

La Lega di Igiene sociale a Genova.

Questa Lega, fondata nel 1919 per iniziativa del prof. Poli e del dott. Vittorelli, coll'appoggio della Commissione della Croce Rossa Americana per la tubercolosi, fu dapprima una Lega Antitubercolare, poi divenne Lega di Igiene Sociale, Sezione Genovese dell'Associazione italiana fascista per l'Igiene. Essa ha svolto il suo programma, basato sulle provvidenze per il miglioramento igienico della popolazione e la lotta contro le malattie di carattere sociale, specialmente con la propaganda per formare una coscienza igienica pubblica e preparando un buon personale tecnico, istruito per il funzionamento delle Istituzioni che Enti e Governo vanno deliberando. L'opera si è svolta con la distribuzione di migliaia di pubblicazioni igieniche, con un Bollettino, con conferenze specialmente nelle scuole, ove furono bandite anche gare di igiene; nelle scuole per assistenti sanitarie furono impartite nozioni tecniche e pratiche; rurono fondate numerose e proficue opere per l'igiene sociale (antitubercolari, come Dispensarii, Ambulatorii e Consorzi, Istituzioni antialcoolistiche e anticeltiche, Colonie Alpine); si è studiato anche il problema della delinquenza minorile e si è organizzata una serie di altri provvedimenti, col concorso di personalità distinte e di oblatori.

Alla Società di cultura medica di Napoli.

Come nel decorso 1928, anche pel corr. 1929 la Società di coltura medica ospitaliera intende proseguire la nobile tradizione di un ciclo di conferenze su argomenti generali delle scienze mediche.

Una conferenza è stata tenuta agl'Incurabili dal prof. Guglielmo Scala, il quale ha parlato sullo « stato attuale delle nostre conoscenze sul sistema neuro-vegetativo ». E dell'argomento egli espose tutte le questioni fondamentali.

Le opere del Regime a Fiume.

Il Fascio Femminile di Fiume dirige 4 ambulatori, retti dalla signora Polich, in perfetta unione d'opere e di mezzi con la locale Federazione Provinciale della Maternità e Infanzia.

Col concorso del Comune e dell'Opera di Maternità e Infanzia ha promosso una Colonia diurna per 50 Piccole Italiane.

Compresa la citata Colonia del Fascio Femminile, Fiume con le Colonie e i Campeggi soprattutto dell'Avanguardia Giovanile, ha potuto tra Enti e Associazioni varie, inviare al mare e ai monti 788 bambini e bambine.

La risorsa maggiore della città in questo campo sacrosanto del risanamento dell'infanzia (Fiume ha un ben triste primato nella statistica nazionale dei tubercolotici) sta nella Fondazione « Città di Fiume » per le Colonie infantili marine e montane fasciste, promossa da S. E. Giardino e dal Capo del Governo sussidiata con ingentissime somme. La magnifica Colonia permanente, a dominio del Golfo, tra folti lauri, abeti e querce, oggi è quasi un piccolo villaggio con chiari e comodi padiglioni e terrazze. È forse la più bella di tutta Italia. Un nuovo padiglione, una scuola all'aperto, sono stati costruiti nel 1928, in cui tra permanenti e temporanei trovarono posto nella Colonia di Villa Italia ben 541 bambini. Questo villaggio sanitario è retto dalla signorina Bianca Lusena.

La nuova Clinica pediatrica a Napoli.

L'inaugurazione della nuova clinica pediatrica si è svolta il 3 corr. con l'intervento delle autorità cittadine e di un pubblico foltissimo di professori, di studenti e di signore. Vi erano l'Alto Commissario Castelli, il R. Commissario al Comune comm. Almansi, il Duca Niutta, R. Commissario alla Provincia, il Rettore Magnifico della R. Università prof. Bruschettini, il questore De Martino, il prof. Nicolò Castellino, presidente dell'Opera Maternità e Infanzia, l'ammiraglio Solari, il venerando prof. Maragliano, venuto espressamente a Napoli, il sen. Pascale, gli on. Salvi e Baistrocchi, il Cardinale Ascalesi.

Hanno parlato il Rettore prof. Bruschettini, il prof. Jemma, creatore di questa Clinica, il prof. Cannata, che ha offerto al prof. Jemma a nome degli alunni un artistico « album », il prof. Cattaneo, ecc. La clinica pediatrica corona tutta una nobile vita, quella del prof. Jemma, dedicata alla scienza e alla protezione dell'infanzia.

Ospizio Marino a Messina.

L'8 corr. venne inaugurato a Messina, sulla spiaggia di Capo Peloro, il nuovo edificio dell'Ospizio Marino, al quale S. E. il Capo del Governo ha consentito l'onore di assumere il proprio nome.

Il nuovo Sanatorio per i bambini d'ambo i sessi, predisposti alla tubercolosi, è il più importante dell'Italia Meridionale ed è attualmente capace di 150 letti. Copre un'area di oltre 1000 metri quadrati.

È stata una magnifica gara di offerte, dalla spesa complessiva per l'edificio che ammonta a circa ottocento mila lire, sostenuta dall'industriale comm. Giuseppe Bosurgi, alle rilevanti contribuzioni della signora Bosurgi, alle dotazioni dell'ing. Emerico Vismara di Milano, ed a quelle di altri filantropi.

All'inaugurazione presenziarono le autorità, le gerarchie del Partito ed una grande folla, fra cui anche Lady Graham, moglie dell'ambasciatore inglese a Roma. Parlarono il comm. Giuseppe Bosurgi e l'arcivescovo mons. Pajno.

Munifico gesto del dott. A. Bertarelli.

Il gr. uff. dott. Ambrogio Bertarelli, primario emerito dell'Ospedale Maggiore di Milano, ha elargiti in questi giorni i fondi necessari per la costruzione dell'anfiteatro didattico e per il suo arredamento, destinato alla Divisione urologica dell'Ospedale Maggiore di Milano (Padiglione Riva, primario prof. Lasio).

L'atto munifico del dott. Bertarelli fu suggerito dall'attività scientifica che ancora anima la mente dell'illustre medico ospedaliero e che gli permette di estendere la sua benefica attività non solo alla branca che egli fece fiorire nell'Ospedale Maggiore, ma anche a quella che gli è molto affine e vicina della chirurgia urologica.

Beneficenza.

Il comm. Francesco Boccadifuoco, insigne personalità dell'ambiente commerciale siracusano, ha fatto tenere a S. E. il Prefetto della provincia la somma di L. 25.000 in titoli del Littorio quale suo contributo per la fondazione in Siracusa di un preventorio infantile antitubercolare, alla fondazione del quale S. E. il Prefetto ha pure destinato la somma di L. 100.000, elargita sul fondo di beneficenza dal Banco di Sicilia.

La signora Angela Colombo, vedova Lonati, morendo ha lasciato erede l'Ospedale Maggiore di Milano, oltre legati benefici. Il patrimonio è di circa L. 400.000.

Il sig. Nicolò di Casea ha lasciato in eredità il suo cospicuo patrimonio — più di mezzo milione — per la fondazione di civico ospedale nel comune di Isnello.

Corso di perfezionamento in igiene per laureati.

Sotto la direzione del prof. Cav. di Gran Croce Arnaldo Maggiora-Vergano, direttore dell'Istituto d'Igiene della R. Università di Torino e membro del Consiglio Superiore di Sanità, si terrà in detto Istituto (via Bidone 37) un corso teorico-pratico di perfezionamento in igiene e polizia medica per gli aspiranti alla carriera sanitaria. Il corso avrà la durata di un trimestre e principierà il 2 febbraio 1929. Vi si possono inscrivere i laureati in Medicina e Chirurgia, in Zooiatria, Ingegneria, Chimica pura, Chimica farmaceutica, Scienze naturali e agrarie e i diplomati in Farmacia.

Per esser ammessi presentare domanda in carta da bollo da L. 2 al Rettorato della R. Università entro il 31 gennaio corrente. Per le altre condizioni rivolgersi all'Economato della R. Università di Torino.

Accordo italo-germanico riguardante i medicinali.

Durante il mese di dicembre si sono svolte in Roma, fra una Delegazione germanica e una italiana, trattative dirette alla conclusione di una nuova convenzione sull'ammissione reciproca nei due paesi dei medicinali e in special modo delle specialità medicinali. Le due Delegazioni hanno raggiunto l'accordo sopra un testo di convenzione, che sarà firmato dai rispettivi Governi.

Contro l'esercizio abusivo a Roma.

Il resoconto mensile dell'Ufficio d'Igiene e Sanità del Governatorato relativo allo scorso dicembre, parla di una branca importante dell'attività dell'Ufficio: infatti, continuando nella vigilanza sull'esercizio delle professioni sanitarie ed arti ausiliarie, l'Ufficio ha proceduto a varie denuncie all'autorità giudiziaria, delle quali una per esercizio abusivo della farmacia, una per esercizio abusivo di ambulatorio medico, una per apertura abusiva di farmacia, una per favoreggiamento ed una per mancata comunicazione della sostituzione del titolare di una farmacia. Sono stati inoltre diffidati 3 infermieri, 10 massaggiatori, 2 ostetriche, 3 farmacisti e 2 commessi di farmacia.

Ma un nuovo e forse insospettato campo in cui la medicina abusiva può essere esercitata venne rivelato dal bilancio igienico del mese di dicembre ultimo scorso.

Una speciale vigilanza è stata infatti esercitata sui cosiddetti « Istituti di bellezza » ove, sotto lo specioso pretesto di cure igieniche ed estetiche, si tenta molto spesso di eseguire delle vere e proprie cure mediche ed operazioni chirurgiche da parte di persone sprovviste di ogni titolo accademico e di ogni preparazione scientifica. In uno di tali « Istituti » sono stati sequestrati, per un valore rilevante, ben 235 bottiglie e barattoli di medicamenti esteri che venivano venduti o applicati abusivamente nello stesso locale.

Notizie epidemiologiche.

Secondo una relazione pubblicata dall'Ufficio di statistica degli Stati Uniti, durante le nove settimane 28 ottobre-29 dicembre le morti attribuite ad influenza e polmonite post-influenzale nella Unione sono state incirca 12.000; nell'ultima delle settimane suddette ne sono stati denunziati 76.000 casi con 2397 morti; nella successiva 62.000 casi con 2041 morti.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. Ascoli, Red. resp.

ANNO XXXVI Roma, 28 gennaio 1929 Num. 4

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO

LEZIONI.

Istituto di Clinica Ortopedica della R. Università di Napoli

Direttore inc.: Prof. L. De Gaetano.

La nostra cura ambulatoria delle ulcere varicose.

Lezione Clinica del Prof. L. De Gaetano

raccolta per cura del dott. Mario Pazienza, assistente.

Vi presento una inferma affetta da multiple lesioni ulcerose della gamba, determinate da un disturbo circolatorio venoso, consistente in varici delle safene; onde le ulcere, che l'inferma presenta, van dette *ulcere varicose.*

Parleremo della *cura* di tale frequente malattia, di cui ci siamo negli scorsi anni molto occupati, riuscendo così a stabilire un metodo di cura, da noi chiamato *ambulatorio.* Con esso ormai abbiamo curato e curiamo ogni giorno una quantità di infermi di cui gran parte, come quella che vi presento, si trascina per mesi e per anni senza poter raggiungere la guarigione. Uguali numerosi successi hanno ottenuto ed ottengono i nostri assistenti, i numerosi nostri discepoli e molti chirurghi e medici pratici che applicano il metodo, come ne fan fede le molteplici comunicazioni ricevute, dopo che il trattamento è stato reso noto (1).

***

Dopo aver raccolta la storia clinica e l'esame obbiettivo dell'inferma, vi fisserò gli elementi fondamentali della cura delle ulcere varicose. Perocchè è bene che restino chiare nella vostra mente le basi di fisiopatologia, su cui poggia questa terapia, indipendentemente dai dettagli dell'applicazione, che possono ben variare da caso a caso, purchè si ottemperi al cardine fondamentale che consiste *nel deviare la circolazione venosa e linfatica dalla superficie verso la profondità e nel far camminare gli infermi, per utilizzare la contrazione muscolare che agevola il circolo di ritorno,* a fine di allontanare dalle ulcere, i *prodotti catabolici* degli elementi cellulari, che, come furono la causa della loro formazione, sono del pari ragione della loro persistenza.

Fortuna B., di a. 40, da Fuorigrotta (Napoli).

Nulla di notevole nel gentilizio.

Nell'infanzia nessuna malattia degna di nota. Mestruazioni a 14 anni, sempre regolari per ciclo, quantità e durata. A venti anni contrasse matrimonio con uomo sano, da cui ebbe tre figli tuttora viventi ed in buona salute.

(1) L. De Gaetano. *La cura ambulatoria delle ulcere varicose.* Riforma Medica, XL, n. 43, 1924.

L'attuale malattia rimonta a circa 22 anni or sono. A tale epoca, 3-4 giorni dopo aver dato alla luce un bambino, la paziente avvertì forte dolore, a tipo trafittivo, che dalla radice della coscia sinistra s'irradiava a tutto l'arto inferiore omonimo, prevalentemente nelle regioni interne, con impossibilità di muovere l'arto. Non ebbe febbre. Tale stato di cose durò circa 40 giorni, dopo i quali, essendosi il dolore attenuato, la paziente ricominciò a camminare. Si accorse però che, dopo una prolungata stazione eretta o dopo una lunga marcia, il piede e la gamba sinistra aumentavano di volume e che alla gamba comparivano pure nodi bluastri. Consultato un sanitario, questi consigliò l'applicazione di una calza elastica; ma la paziente non osservò questa prescrizione e lentamente peggiorò nello stato locale. Dieci mesi or sono, cominciarono ad apparire sulla gamba sinistra delle bolle che le davano molto prurito e che, in seguito a grattamento, per rottura degli strati epidermoidali soprastanti, si trasformavano in lesioni di continuo senza tendenza a guarigione. La paziente ha sperimentato l'applicazione locale di molte pomatine, senza alcun risultato; perciò è venuta in ambulatorio per le cure del caso.

Esame obbiettivo. — Donna di valida costituzione fisica, ben nutrita e sanguificata. Cute e mucose visibili rosee. Pannicolo adiposo sottocutaneo bene sviluppato. Apparato linfo-glandulare indenne. Sistema scheletrico e muscolare normali. Organi toraco-addominali sani.

La gamba ed il piede sinistro si presentano aumentati di volume rispetto alle parti omonime destre. La cute si presenta fortemente pigmentata ed ardesiaca. in alcuni punti secca e squamosa, in altri coperta da erosioni, secernenti liquido sieroso torbido. La cute presenta pure sulla faccia antero-interna della gamba, quattro ulcerazioni della grandezza di una moneta da cinque lire, a margini non netti, con fondo torpido, non sanguinante. Sulla faccia interna della gamba e della coscia sinistra sono visibili dei cordoni bluastri serpiginosi, in alcuni punti dilatati sì da formare nodi particolarmente rilevati. Tanto i cordoni quanto i nodi si rendono più evidenti quando l'ammalata tiene la stazione eretta. Il sintomo di Trendelenburg è chiaramente dimostrabile.

Dall'esame anamnestico e clinico si viene facilmente alla diagnosi di varici con ulcere varicose alla gamba sinistra.

Perchè abbiamo chiamata *ambulatoria* la nostra cura delle ulcere varicose? Perchè parte integrale di essa è il *cammino*, il *moto*, contrariamente a quanto si suole abitualmente consigliare a tali infermi, ossia di restare a riposo con l'arto più o meno elevato. A dir vero fu proprio lo stato compassionevole di tali infermi che ci spinse a ricercare un metodo di cura, che avesse loro permesso di muoversi liberamente, per potere accudire alle loro faccende; il riposo a letto, abitualmente consigliato, la massima parte delle volte non può essere seguito. Come pretendere infatti che un operaio, un professionista, una madre di famiglia, una massaia, sospendano completamente la loro attività per curare le loro ulcere, quando le ragioni di ordine economico premono inesorabili?

Per queste considerazioni di ordine sociale ci sforzammo di dare a tali infermi, insieme con la guarigione, anche la possibilità di muoversi e di accudire alle proprie occupazioni nel periodo della cura del loro male.

***

Passeremo ora ad illustrare la tecnica del nostro metodo di cura delle ulcere varicose. Questa va distinta in due periodi: 1) *periodo preparatorio;* 2) *periodo degli apparecchi*. Nel *primo periodo* bisogna provvedere alla *disinfezione della cute, alla cura dell'eczema ed a stimolare i tessuti ulcerosi*, per farli tendere a guarigione. Quindi: *a*) sgrassiamo la cute con benzina rettificata; *b*) disinfettiamo la cute con alcool acidificato con acido acetico (formula de Gaetano) alcool a 70° gr. 100, acido acetico glaciale gocce XX (1); *c*) curiamo l'eczema, con una qualsiasi pomata antieczematosa. Per il passato abbiamo preferito e preferiamo tuttora usare il Dermoplastol Dumesnil, perchè, nella composizione di questa pomata, entra una pasta porosa, che assorbe le secrezioni della superficie cutanea ulcerata. Vogliamo però che resti ben fisso nella vostra mente che, nelle regole che vi diamo, nulla v'è di assoluto nei riguardi del preparato da usare per la cura dell'eczema; onde voi non dobbiate credere che in mancanza, ad es. del Dermoplastol, sia impossibile attuare la nostra cura ambulatoria. E però vi diciamo che in sostituzione del Dermoplastol, voi potrete usare con risultati anche buoni l'Inotyol, l'unguento al pellidolo (Bayer) e qualche altro preparato che si trova in commercio; *d*) provochiamo in seno alle ulcere una riattivazione connettivo-epiteliale, toccandone il fondo col nitrato d'argento ed usando una pomata stimolante della epitelizzazione a base di scarlatto β (vaselina e lanolina ana gr. 10 scarlatto β gr. uno). In commercio esiste una pomata, a base di scarlatto, bella e pronta: essa è il Rubren Zodiac. Ma se voi foste costretti ad esercitare in un paesello, molto lontano da centri abitati di una certa importanza, e se, nonostante le vostre richieste all'unica e povera farmacia locale, non poteste ottenere una qualunque pomata epitelizzante, non per questo rinunziereste a praticare la nostra cura.

Vi limiterete alla disinfezione, come sopra, ed appena migliorata la lesione, certo dopo un periodo un po' più lungo, passerete al secondo periodo degli apparecchi. Questo primo periodo ha una durata varia a seconda delle condizioni delle

(1) L. DE GAETANO. Riforma Medica, 1092, n. 51.

lesioni. Esso può durare pochi giorni, quando si abbia a che fare con lesioni non troppo estese e abbastanza recenti e quando si tratti di individui che usino una certa cura per la nettezza personale; da dieci a venti giorni in caso di lesioni inveterate. Si può anche fare a meno completamente del periodo preparatorio, quando lo stato delle lesioni e le condizioni del paziente permettono di affrettare la cura.

Nel *secondo periodo*, il più importante, il fatto capitale consiste nel praticare *speciali bendaggi*, procedendo nel modo seguente: sgrassamento e disinfezione della cute, applicazione di pomate antieczematose, causticazione delle superficie ulcerose, applicazione di sostanze epitelizzanti.

Tutte queste pratiche, che sono in altri termini la rinnovazione di quanto è stato fatto nel primo periodo, si eseguono, *mentre l'arto del paziente è sollevato* sino a formare col tronco un angolo retto e lasciandolo in questa posizione per un tempo variabile, in media da cinque a dieci minuti, in maniera che l'albero venoso si vuoti il più che sia possibile. Si applica quindi una sottile falda di garza sterile, la quale ha la funzione di assorbire il secreto che viene fuori dalle lesioni. Si inizia quindi *l'apparecchio compressivo*, tipo Baynton, con striscie di sparadrappo circolari, applicate ad embrice, a cominciare dalla base delle dita fino al ginocchio. Le striscie di sparadrappo devono essere larghe 2 centimetri o due centim. e mezzo e lunghe circa 30 centimetri: al calcagno sono un po' più larghe e più corte. Per un apparecchio da applicare ad una sola gamba usiamo prescrivere due metri di sparadrappo. Le striscie vanno leggermente riscaldate prima dell'uso ed applicate abbastanza strette, specie in corrispondenza delle ulcerazioni. Per quanto riguarda lo sparadrappo può usarsi il Diachylon comune; noi preferiamo quello Béslier, perchè di buona qualità. Bisogna guardarsi dall'usare sparadrappo al caucciù, che riesce irritante e perchè macera troppo i tessuti, disturbando il processo di epitelizzazione. Fissate bene nella vostra mente che l'apparecchio così applicato dev'essere *compressivo*, avrete così chiara la differenza dall'originario apparecchio alla Baynton, il quale è semplicemente protettivo. Applicate le striscie, per evitare che queste, col passare dei giorni, possano in parte cedere e per aumentare ancora la compressione, usiamo completare l'apparecchio con una o due fasce di crespo elastico di Velpeau, alte dieci centimetri (le più adatte sono quelle di marca Porges o Tetra). Ma qualunque altra fascia elastica, purchè di tessuto resistente, è buona allo scopo; e se addirittura sia impossibile averne, si potrebbe ricorrere alle comuni fasce Cambric. Completato così l'apparecchio, consigliamo all'ammalato di *muoversi e di camminare*, allo scopo non pure di mantenere in attività i tessuti degli arti inferiori, ma anche di ottenere quella *deviazione del circolo venoso dalla rete superficiale nella profonda*, che costituisce la causa vera della guarigione. L'ammalato ritornerà per la rimozione dell'apparecchio dopo cinque, sei, sette od anche più giorni, a seconda della minore o maggiore quantità delle secrezioni; a meno che incidenti (febbre alta, dolore per una compressione troppo forte) non lo spingano a farsi rivedere prima. Rimosso lo sparadrappo, si noterà, in corrispondenza delle lesioni, un liquido denso e grigiastro, costituito da pus ed in massima parte da prodotto di macerazione; epperò dopo una buona pulizia si resterà sorpresi nell'osservare il rapido miglioramento delle lesioni, che mostreranno una chiara tendenza alla granulazione ed all'epitelizzazione.

Avrete già notato che nell'esporre i varî tempi del nostro metodo di cura abbiamo a bella posta insistito sul materiale e sui preparati da usare. Vi abbiamo detto quelli che, secondo la nostra pratica, meglio rispondono allo scopo; ma vi abbiamo anche fatto considerare che ugualmente bene possono rispondere altri: sarà questione di tempo ma lo scopo si raggiungerà lo stesso.

Vogliamo in altri termini convincervi che non è necessario attenersi assolutamente all'uso di questo o quel preparato, purchè si osservino i due precetti fondamentali della nostra cura: *applicazione di apparecchi compressivi e deambulazione dell'infermo*. E ciò diciamo perchè molti di voi, costretti ad esercitare la professione in piccoli centri, non sieno trattenuti dall'usare il nostro metodo, solo perchè loro riescisse difficile avere a disposizione i preparati tipi, privando così i loro ammalati dei benefici effetti che la nostra cura ambulatoria delle ulcere varicose produce.

***

Quale sarebbe il meccanismo d'azione della nostra cura ambulatoria delle ulcere varicose? Nel primo tempo si cerca di ottenere la detersione e disinfezione della pelle, la modificazione dell'eczema e una stimolazione, in seno alle ulcere, affinchè tendano a guarigione. Altro fine che si consegue è quello di proteggere le lesioni di continuo dall'azione irritativa dell'ambiente esterno. *Il secondo tempo* costituisce *il periodo più importante* della cura ed in esso trovano attuazione i principî fondamentali del metodo. L'applicazione di apparecchi compressivi produce quella deviazione della circolazione superficiale nella profonda, che ha tanta importanza per la guarigione delle lesioni; il *moto*, con le *contrazioni muscolari, rende il circolo di ritorno più facile e più*

spedito, favorendo così *l'allontanamento dai tessuti dei prodotti catabolici*, i quali, restando in sito farebbero mal governo degli elementi cellulari, influendo sulla persistenza dell'ulcera.

Grande influenza ha anche il *caldo umido*, che si produce negli apparecchi e provoca, insieme con la patina medicamentosa dello sparadrappo, una macerazione dei tessuti ed un rammorbidimento dei contorni delle ulcere, che tendono così più facilmente e più rapidamente a guarigione. Influenza benefica è esplicata anche dai germi attenuati o morti che esistono sulla pelle e specialmente sulle superfici ulcerose e che realizzano *una vaccinoterapia locale*, di cui sono risaputi il meccanismo e gli effetti (Besredka).

In ultimo dobbiamo far menzione di un altro fattore che consiste nella rimozione degli apparecchi, *dopo intervalli piuttosto lunghi*. Già gli antichi conoscevano i buoni effetti della *rara medicatio* sull'andamento delle ferite (Magati). Noi ci rendiamo oggi perfettamente conto dell'influenza di tale medicatura, sia colla soppressione di ogni stimolo abnorme, sia colle odierne acquisizioni vaccinoterapiche. Tali benefici si risentirebbero anche nella nostra cura per le ulcere varicose.

***

Dopo quanto vi abbiamo detto, non ci tratterremo più a lungo sull'argomento; solo vogliamo parlarvi dei risultati che si possono ottenere, utilizzando il nostro metodo di cura. Noi lo abbiamo sperimentato in casi di ulcere molto estese ed inveterate e vi possiamo assicurare che sempre abbiamo visto risultati soddisfacenti. Anche quando, per condizioni generali o locali dei pazienti, avevamo iniziata la nostra cura con una certa sfiducia, i risultati dopo i primi apparecchi sono stati tali da spingerci a perseverare, sino ad ottenere guarigioni che sembravano addirittura impossibili. Ricordiamo fra tanti il caso di un infermo, del peso di più di un quintale, affetto da ulcere varicose, il quale era stato tenuto a letto per lunghi mesi ed aveva invano sperimentato moltissime pomate e rimedî, inutilmente. Fatte tutte le riserve, iniziammo la cura ambulatoria ed il malato ottenne la guarigione dopo poco più di un mese. Il nostro metodo costituisce un prezioso aiuto per quelli che non hanno tempo da starsene oziosi a letto, per attendere la guarigione e per quelli che non hanno la volontà od il coraggio di sottoporsi all'intervento chirurgico (Trendelenburg o Madelung). Questo sarà praticato senz'altro a quelli che lo richiedessero ed a quelli che oltre ad essere guariti delle ulcere, chiedessero di essere radicalmente liberati dal loro male e dai cordoni venosi varicosi.

L'uso delle fasce di crespo elastico di Velpeau da parte degli individui guariti con la nostra cura ambulatoria li preserverà dalle recidive.

***

Questi, o giovani, i risultati della nostra cura ambulatoria, che non ci ha mai delusi. Siamo sicuri che voi, se l'userete nella vostra pratica, non pure ne resterete soddisfatti, ma appagherete il desiderio di numerosi infermi che chiedono la guarigione, senza ricorrere *ai metodi cruenti od a quelli immobilizzanti*.

LAVORI ORIGINALI.

Clinica Dermosifilopatica della R. Università di Roma
diretta dal Prof. P. L. BOSELLINI.

La crisi emoclasica del D'Amato nella sifilide.

NOTA II

per il dott. ANTONIO MUCCI, assistente.

Nell'ultimo Congresso di Dermatologia comunicai i primi risultati che avevo ottenuto iniettando per via venosa 15 centigrammi di neosalvarsan, allo scopo di provocare lo shock emoclasico nei sifilitici. Già in quella comunicazione riferii le conclusioni poco favorevoli alle quali ero stato portato dalle mie esperienze, ma dissi anche come non mi sentissi autorizzato a dare un giudizio definitivo prima di aver espletato un campo più vasto di ricerche anche con altri antiluetici.

Le esperienze infatti non si arrestarono, e per alcuni mesi ancora insistetti nel paziente lavoro prefissomi, servendomi di preparati bismutici (salbiolo) e talvolta di prodotti mercuriali (bioduro).

Ma il mio compito non doveva limitarsi a ciò; era pure mio intendimento controllare tutti gli altri fenomeni che si possono avere durante lo shock emoclasico (variabilità della pressione sanguigna, abbassamento dell'indice refrattometrico, velocità del tempo di coagulazione, inversione della formula leucocitaria) e non avrei cessate le indagini, se non mi fosse venuto a mancare il fatto più costante e caratteristico delle crisi: la leucopenia.

Non ritornerò su tutti i lavori pubblicati su l'argomento, ma ricorderò solo quelli che ci portarono alle nostre ricerche. Primi fra tutti furono Widal-Abrami e Jacovesco che nel 1920 pubblicarono il loro primo lavoro sulla così detta prova della emoclasia digestiva a scopo esplorativo, sulla funzionalità epatica.

In seguito D'Amato volle vedere come si comportava la funzionalità epatica nei tubercolotici, saggiandola col metodo proposto dal Widal, e potè osservare che mentre nei tubercolotici incipienti la prova dell'emoclasia risultava il più spesso negativa, nei tubercolotici avanzati invece era di frequente positiva. Da queste ed altre ricerche ancora il D'Amato osservò dei fatti importantissimi che gli permisero di affermare che nei tubercolotici le iniezioni di dosi anche molto piccole di tubercolina determinarono l'apparire dello shock emoclasico, mentre che nulla di simile si osserva nei sani.

Il De Bonis pure ebbe nei tubercolotici risultati concordanti con quelli del D'Amato, e Santoianni in un lavoro sulla reazione emoclasica nella blenorragia conclude dicendo che non ritiene che essa abbia molto valore semiologico e prognostico perchè dà risultati positivi solo nelle forme acute.

Le ricerche del D'Amato non si limitarono alla sola tubercolosi, ma si estesero all'infezione tifoide, alla febbre melitense e recentemente alla sifilide, ottenendo sempre risultati brillantissimi.

Il Colella infine nella sifilide confermò le asserzioni del D'Amato servendosi di iniezioni di sublimato.

Accennato ai lavori più importanti sulla crisi emoclasica, dobbiamo ora domandarci quale sia il suo significato esatto e quale sia il processo che la determina.

Dopo la scoperta dell'anafilassi, si attribuivano i disturbi che si hanno durante lo shock, all'intossicazione. Si pensava a un composto nato dalla combinazione dell'antigene scatenante con un derivato dell'antigene preparante, ma come si vide che ogni albumina eterogenea introdotta nell'organismo per via venosa poteva alla prima iniezione determinare disturbi identici a quelli dello shock anafilattico, si venne a dubitare della loro origine tossica.

Alcuni pensarono ad un processo di natura fisica, legato alla natura colloidale dei reattivi; antigene inoculato da una parte, plasma dell'organismo dall'altra. Ma lo shock oltre che per la rottura dell'equilibrio nello stato fisico dei colloidi del plasma sanguigno, può essere prodotto da sostanze cristalloidi. Nella emoglobinuria a frigore ad esempio, il freddo farebbe dissociare bruscamente certi colloidi plasmatici, in modo che verrebbero ad agire come vere albumine eterogenee.

Lo shock non è dunque l'indice nè della sensibilizzazione anafilattica, perchè può apparire all'infuori dell'anafilassi, nè della natura colloidale dell'agente patogeno, perchè può apparire anche con sostanze che non sono colloidi, nè dalla brusca penetrazione di una sostanza estranea, poichè può apparire, sotto la sola influenza del freddo. Esso è l'indice di un turbamento sopravvenuto nello stato d'equilibrio dei colloidi dei nostri umori e questo cambiamento tutte le cause enumerate sono capaci di produrlo.

La tecnica seguita sulle ricerche è stata la solita e cioè: stabilito nel malato a digiuno il numero dei globuli bianchi, si fa l'iniezione e si ripete la conta dei leucociti di 30 in 30 minuti fino al ritorno normale.

Nella valutazione della reazione ho seguito il criterio del D'Amato, trascurando la diminuzione di poche centinaia, considerando positive solo quelle reazioni in cui la diminuzione dei leucociti era vicinissima al mille, positive deboli o dubbie quelle inferiori al mille (600-800), positive forti dai 1500-2500, fortissimamente positive oltre i 2500. Mi son servito sia di luetici recenti che di vecchi sifilitici, curati o no e con Wassermann positiva o negativa a seconda del trattamento fatto. Per controllo ho preso individui affetti da forme cutanee o veneree ma certamente immuni da sifilide.

In alcuni sifilitici a Wassermann positiva ho provocato la crisi emoclasica col neosalvarsan e col bismuto sia prima della cura, sia dopo il trattamento quando cioè la Wassermann era divenuta negativa. Ho diviso gli ammalati in 5 gruppi:

1) sifilitici con Wass. positiva, la cui malattia datava da poche settimane e non oltrepassava i 3 anni;

2) eredoluetici e luetici da oltre tre anni e con Wass. positiva;

3) sifilitici curati e con Wass. negativa;

4) sifilitici a Wass. positiva che in seguito alle cure hanno avuto Wass. negativa;

5) ammalati affetti da differenti dermatosi o da forme veneree, ma sicuramente non sifilitici e con Wass. negativa.

I risultati ottenuti sono i seguenti:

Dei 12 sifilitici del 1° gruppo ho avuto:

4 reaz. fortiss. posit. (2500-3500);
2 » deboli (600-900);
6 » negative.

Delle 4 reaz. posit. in 3 ho avuto pure reaz. posit. forte col neosalvarsan, nella 4ª col neosalvarsan la reazione è stata negativa.

Delle 6 negative, col neosalvarsan ho avuto 4 reaz. posit. forti (1500-2500). Le due negative tanto col salbiolo che col neosalvarsan, le ho avute in luetici da circa due anni che in tutto avevano fatto 6-8 iniezioni di neosalvarsan al momento del contagio.

Dei 19 del 2° gruppo:

9 reaz. fortiss. posit. (2500-3500);
2 » posit. (1000-1500);
2 » deboli (600-700);

1 lieve leucocitosi (4500-4900);

2 leucocitosi considerevoli (3500-4900) (4000-8000)

Negli unici 2 dei 9 a reaz. posit. che ho trattato anche col neosalvarsan, con questo pure ho avuto reazioni posit. forti.

Nei tre casi negativi (leucocitosi) col salbiolo, col neosalvarsan ho avuto due reaz. negative e una positiva debole (5500-4700).

Dei 10 del 3° gruppo:

4 reaz. negative;
6 » posit. f. (1500-3000).

In questo gruppo ho avuto pressapoco gli stessi risultati sia col salbiolo che col neosalvarsan.

Degli 8 del 4° gruppo:

In 2 vecchi luetici a Wass. pos. ho avuto lieve leucocitosi sia col bismuto che col neosalvarsan. Curati, portata alla negatività la Wass. e ripetuta la reazione ho ottenuto pure gli stessi risultati.

In 4 con Wass. pos. ho avuto reaz. posit. f. col neosalvarsan e col salbiolo sia prima della cura sia quando per il trattamento la Wass. era diventata negativa. Negli ultimi due infine, luetici recenti a Wass. pos. ho avuto reaz. pos. f. col salbiolo e col neosalvarsan prima della cura, trattati e raggiunta la negatività della Wassermann col salbiolo ho avuto una lieve leucocitosi, mentre che col neosalvarsan ho ottenuto una reaz. debole.

Dei 20 del 5° gruppo:

11 reaz. pos. f. (1500-2000);
4 » deboli (600-900);
5 » negative.

In 3 scabbiosi a reaz. pos. f. col salbiolo, col neosalvarsan ho avuto una leucocitosi.

Questi in breve i risultati, che volendoli confrontare con quelli ottenuti precedentemente, ritengo utile schematizzare nel seguente quadro.

I GRUPPO.

Sifilitici con Wass pos. la cui malattia datava da poche settimane e non oltrepassava i tre anni:

26 col neosalvarsan:	12 col salbiolo:
6 reaz. deboli;	2 reaz. deboli;
6 » posit.;	4 » fortiss. pos.;
6 » posit. f.;	6 » negative.
4 » fortiss. pos.;	
4 » negative.	

II GRUPPO.

Eredoluetici e luetici da oltre 3 anni e con Wass. pos.:

22 col neosalvarsan:	19 col salbiolo:
6 reaz. deboli;	2 reaz. posit.;
8 » posit.;	2 » deboli;
4 » posit. f.;	—
2 » fortiss. posit.;	9 » fortiss. posit.;
2 » negative.	6 » negative

III GRUPPO.

Sifilitici curati e con Wass. negativa:

10 col neosalvarsan:	10 col salbiolo:
4 reaz. negative;	4 reaz. negative;
6 » posit. forti.	6 » posit. forti.

IV GRUPPO.

Sifilitici a Wass. positiva che in seguito alle cure hanno avuto Wass. negativa:

Prima della cura e Wass. positiva:

8 col neosalvarsan:	8 col salbiolo:
2 reaz. negative;	2 reaz. negative;
6 » posit. forti.	6 » posit. forti.

Dopo la cura e Wass. negativa:

8 col neosalvarsan:	8 col salbiolo:
2 reaz. negative;	2 reaz. negative;
4 » posit. forti;	4 posit. forti;
2 » posit. deboli.	2 leucocitosi.

V GRUPPO:

Ammalati affetti da differenti dermatosi o da forme veneree; ma sicuramente non sifilitici e con Wass. negativa:

43 col neosalvarsan:	20 col salbiolo:
1 reaz. posit.;	4 reaz. deboli;
4 » posit. forti;	11 » posit. forti;
10 » fortiss. posit.;	—
6 » leucocitosi;	5 » leucocitosi.
22 » negative.	—

Dallo schema appare evidente che col neosalvarsan, negli ammalati del I gruppo si ha una percentuale di reazioni positive molto maggiore di quella ottenuta col bismuto, fatto del resto questo che ho potuto controllare ripetendo nello stesso soggetto la reazione con tutti e due i preparati.

Nel II gruppo pure esiste una prevalenza di positività col neosalvarsan, ma in questo la percentuale di reazioni positive si avvicina di più a quella avuta col salbiolo.

Nel III e IV gruppo invece, i risultati sono pressapoco gli stessi. Nell'ultimo gruppo (gruppo di controllo) si è avuta una percentuale di positività maggiore col bismuto che col neosalvarsan.

Riepilogando da quanto ho sopra esposto, parrebbe che col neosalvarsan si abbia una percentuale maggiore di reazioni positive sopratutto nella sifilide recente, e non curata, percentuale che andrebbe man mano diminuendo coll'invecchiare della malattia, fino ad uguagliare i risultati del salbiolo nella sifilide curata e a Wassermann negativa, negli immuni da sifilide, invece il salbiolo darebbe una maggior percentualità di reazioni positive del neosalvarsan.

CONCLUSIONI.

1) L'iniezione endovenosa di 15 centigr. di neosalvarsan e l'iniezione intramuscolare di salbiolo provoca molto spesso nei luetici uno shock

emoclasico che si manifesta sopratutto con una leucopenia che inizia circa 30 minuti dall'iniezione e cessa circa 3 ore dopo, talvolta con una leucocitosi.

2) La percentuale maggiore di reazioni positive si osserva nei sifilitici recenti e si ha col neosalvarsan.

3) Nonostante la presenza della crisi emoclasica in luetici curati e a Wass. negativa, essa non può usarsi a scopo diagnostico sia per la sua aspecificità, sia talvolta, per la sua assenza in luetici in periodo florido della malattia.

BIBLIOGRAFIA.

1. BONANNO. Riforma Medica, 1927, pag. 777.
2. CAPPELLANI S. Boll. della Soc. di Biol. Sperimentale. Messina, fasc. 6, 1926.
3. CEDRANGELO. Riforma Medica, 1927, n. 34.
4. CIPRIANI. Ibid., 1924, p. 872.
5. COLELLA. Folia Medica, 1927, n. 4.
6. CUSANI. Riforma Medica, 1925, p. 1149.
7. D'AMATO. Ibid., 1924, n. 42.
8. ID. Ibid., 1927, n. 22.
9. ID. Ibid., 1928, n. 2.
10. ID. Ibid., 1921, p. 1047.
11. DE BONIS. Rass. Clin. Scientifica, 1927.
12. LENZI. Riforma Medica, 1928, n. 4.
13. MUCCI. Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia, 1928.
14. RICCA BARBERIS. *Studi ematologici*. Studio VI: « La reazione leucocitaria », p. 563.
15. SANTOIANNI. Rinascenza Medica, 1928, n. 10.
16. WIDAL, ABRAM e SANCOVESCO. Presse Méd., 11 dicembre 1920; Ibid., 12 febb. 1921.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA
diretto dal Prof. A. ZERI.

Su uno speciale quadro di diatesi emorragica

per il dott. F. RICCI, aiuto.

Storia clinica.

Antonio A. di anni 29 di Arsoli, donde proviene. Contadino, celibe. Gentilizio immune. Anamnesi remota negativa. Nega lues e malattie veneree. Discreto bevitore e fumatore. Si è sempre nutrito sufficientemente e in modo variato. Grippe nel 1918 decorsa normalmente.

Circa la malattia attuale riferisce che negli ultimi dell'ottobre 1927 fu colpito da violento dolore di gola con notevole difficoltà della deglutizione. Non febbre, sicchè continuò nei suoi lavori. Otto giorni dopo, svegliandosi, si accorse che il lenzuolo era macchiato di sangue: aveva le gengive dolenti, tumefatte e sanguinanti. Era sempre apiretico. Aveva astenia profonda e capogiri. Fu costretto a porsi a letto. La fuoriuscita di sangue dalle gengive era lenta, ma continua. Non dolori in corrispondenza dello sterno nè di altre ossa. Nei giorni successivi il dolore alle gengive si fece più forte e comparve intensa cefalea. L'astenia si andava sempre più accentuando. Ha in questi ultimi giorni diarrea con tenesmo rettale senza dolori addominali. Non ha avuto epistassi, nè melena, nè rettorragie. Chiede ricovero in ospedale ed entra nel nostro Istituto il 2-12-1927.

E. O. (3-12-1927). Condizioni generali gravi. Sensorio integro. Facies intensamente pallida. Preferito il decubito supino. Nutrizione scaduta. Cute intensamente pallida con petecchie di grandezza varia da un grano di miglio ad una piccola lenticchia, di colorito variante dal roseo pallido al rosso vino. I detti elementi non confluiscono e non scompaiono con la pressione e si trovano localizzati in corrispondenza delle basi del torace, delle regioni addominali, delle radici delle coscie e degli arti superiori. Mucose intensamente pallide. Stomatite. Gengivite fungosa con coaguli. Foetor ex ore. Non edemi. Pannicolo adiposo scarsamente sviluppato. Non gangli. Nulla a carico dell'apparato osteo-articolare. Pupille di media ampiezza uguali ben reagenti alla luce e all'accomodazione. Lingua abrasa, tumida, ricoperta di sangue coagulato. Temperatura 38 gradi. Polso 102, ritmico, a pressione bassa.

Torace: nulla di particolare alla ispezione. Fremito vocale tattile più fievole in corrispondenza della base dell'emitorace destro, dall'altezza dell'angolo inferiore della scapola in basso, ove con la percussione si avverte riduzione di suono. Non spostamento inspiratorio del margine polmonare inferiore di destra. All'ascoltazione sulla zona ridotta diminuzione del murmure vescicolare senza altri fenomeni.

Cuore: margine destro debordante oltre un centimetro dalla marginale destra dello sterno. Il resto dell'aia cardiaca è nei limiti. Soffio sistolico sensibile su tutti i focolai specie alla base. Nulla a carico del secondo tono.

Addome: nulla da rilevare all'infuori di modico meteorismo.

Fegato: palpabile un dito sotto l'arco, di consistenza lievemente aumentata, indolente; margine superiore alla quinta costola sull'emiclaveare. Milza: palpabile sotto l'arco, indolente.

Ricerche eseguite:

Esame delle urine: nulla all'esame chimico all'infuori di traccie di albumina. Nel sedimento qualche rara emazia, qualche leucocito, moltissimi urati amorfi.

Esame del sangue: G. R. 1ª conta: 1.000.000, 2ª conta 825.000. G. B. 1ª conta 2500, 2ª conta 3600. Hb 0,20. V. G. 1.

Piastrine: 98.000.

Formula leucocitaria. — Granulociti neutrofili 52 %, granulociti eosinofili 0, granulociti basofili 0, monociti 20 % linfociti 28 %.

Esame morfologico (6-12-1927). — Anisocitosi. Poichilocitosi. Prevalenza di forme nane, appena deformate. Leucociti mononucleati di varia grandezza a nucleo rotondo ipercromatico. Rari leucociti a nucleo polimorfo. Si rinvengono cellule giganti polinucleate di un tipo difficile a determinare: potrebbero appartenere al gruppo di elementi vicini ai megacariociti per il tipo di protoplasma granuloso, con granulazioni simili a quelle che sono definite come matrici delle piastrine e nuclei per lo più in numero di tre, in parte addossati l'uno all'altro e in parte congiunti da tramezzi di cromatina. *Striscio del* 7-12. Anisocitosi spiccata con molte emazie nane e a pera. Non si notano nè policromatofilia, nè corpi di Cabot. Qualche corpo di Jolly. Emazie con grosso vacuolo centrale. Non si vedono normobla-

sti. Leucociti a nucleo polimorfo scarsi. Rare forme di Arneth tipo giovanile. Non si rinvengono mielociti. Prevalgono le forme mononucleate, alcune del tipo monocitario con insenatura del nucleo e con lieve basofilia del citoplasma. Linfociti con scarsissimo citoplasma. Grossi linfociti. Rari mieloblasti. Assenza di linfoblasti. Scarse le piastrine. Il reperto perciò corrisponde a una forma di anemia grave con alterazioni prevalenti dei globuli rossi tipo anemia secondaria, diminuzione di leucociti a nucleo polimorfo, prevalenti i linfociti grandi e piccoli, rarissimi mieloblasti. Discreto numero di monociti.

Resistenza globulare: massima: 0,40, minima: 0,46. Tempo di stillicidio e di emorragia: 5 minuti. Prova di coagulazione (di Block), tempo di coagulazione: pressochè normali entrambi. Fenomeni di provocazione: negativi. Coagulo normalmente retrattile. Emocultura in brodo glucosato: negativa. Reazione di Wassermann negativa.

Il malato fu degente nel nostro Istituto 3 giorni e mezzo dopo i quali morì avendo presentato sintomi sempre più gravi di depressione cardiaca e di astenia profonda generale. Le ultime 24 ore di vita le ha passate in stato di subcoscienza con respiro irregolare e polso mollissimo, intorno ai 140 battiti al minuto. Durante la degenza ha avuto delle temperature alte che sono giunte fino a 40° e delle minime che hanno toccato i 37°.

Autopsia. — Nutrizione scaduta. Colorito pallido. Scheletro ben sviluppato. Non edemi. Petecchie alla base del torace e agli arti inferiori. Emorragie gengivali. All'apertura della cavità addominale: muscoli di colorito acceso, visceri in posizione normale, ghiandole mesenteriche non tumefatte, assenza di liquido. Fegato libero di aderenze, non deborda. Milza libera di aderenze, aumentata di volume. Rene destro aumentato di volume e diminuito di consistenza. Stomaco in posizione normale. Gli organi pelvici non presentano alterazioni. All'apertura della cavità toracica l'aia cardiaca si vede coperta per enfisema polmonare diffusa ai due lobi superiori e in parte agli inferiori. Polmoni liberi di aderenze. Assenza di liquido libero. Non residui di timo. Punta del cuore al margine inferiore della quinta costola, lunga la mammillare. Cuore aumentato alquanto di volume, flaccido. Punta fatta dai due ventricoli. Aorta non ectasica. Grasso sottoepicardico scarso. Numerose emorragie puntiformi prevalenti in corrispondenza del terzo inferiore della parete anteriore del ventricolo sinistro. Nel destro ventricolo e nell'atrio corrispondente, nessuna alterazione. Richiama l'attenzione l'appiattimento notevole delle colonne muscolari e il colorito grigio giallastro del miocardio. All'esame del ventricolo sinistro richiama l'attenzione l'aspetto nettamente tigrato del muscolo papillare posteriore il che fa fare diagnosi di degenerazione grassa del miocardio. Ipoplasia aortica, nulla alle coronarie. Nei polmoni si nota enfisema acuto nei due lobi superiori e nella porzione anteriore dei due lobi inferiori. Nelle restanti parti prevale l'edema terminale. Vie biliari e cistifellea: nulla Nel fegato si notano segni di stasi recente e rigonfiamento torbido e infiltrazione di grasso. Non aumento di volume nè di peso. Non visibili macroscopicamente infiltrati leucemici. Milza (300 grammi), nettamente aumentata di volume non molle. Capsula alquanto ispessita ma non diffusamente. In sezione di taglio i follicoli non sono visibili, nè i setti, nè le trabecole, salvo in qualche tratto. In ogni caso non sono ispessiti. Netto l'aumento della polpa rossa, di colorito rosso vinoso e leggermente rugginoso. Rene sinistro leggermente aumentato di volume (170 grammi) diminuito di consistenza. Non presenta altro di patologico, che numerosissime emorragie puntiformi e alla sezione alterazioni del tipo del rigonfiamento torbido grasso. Rene destro enormemente aumentato di volume per la presenza di grosse cisti che occupano gran parte della parete anteriore e prevalentemente il polo superiore dove non è più riconoscibile alcuna traccia di parenchima renale. All'apertura del rene si constata l'aspetto di rene idronefrotico che trova la giustificazione nella presenza di un calcolo incuneato nell'orificio pelvico ureterale. Nel parenchima renale conservato, le stesse caratteristiche che in quello del rene di sinistra. Non alterazioni delle surrenali. All'esame dell'intestino si nota presenza di erosioni emorragiche sparse prevalentemente nel colon, specie nella porzione corrispondente al sigma e al retto, ma in parte anche nella porzione dell'ileo posto nelle vicinanze della valvola ileocecale. In quasi tutte le placche di Payer si rinvengono inoltre delle emorragie puntiformi. È da rilevare che le erosioni emorragiche, sia dell'ileo come del grosso intestino, corrispondono sempre alle formazioni linfatiche. Nel duodeno nessuna particolare alterazione. Nella mucosa dello stomaco numerosissime emorragie specialmente in corrispondenza della mucosa che riveste la parete posteriore. Esame del pancreas negativo. Nel testicolo nessuna lesione. Esame dell'arco aortico, della aorta toracica, addominale, dell'arteria splenica e delle arterie renali negativo. L'esplorazione delle ghiandole ascellari, inguinali e della catena dello sternocleidomastoideo non lascia rilevare la presenza di tumefazioni ghiandolari. Il midollo del femore in alcuni tratti si presenta di colorito rosso vinoso, in altri conserva le caratteristiche del midollo giallo.

Diagnosi anatomica: *porpora emorragica cutanea e intestinale con anemia grave del tipo secondario in prevalenza.*

Reperto istologico. — Striscio del midollo del femore: conservata la porzione stromatica rappresentata da fibre di connettivo denso in alcuni tratti e da cellule del reticolo: la parte parenchimale è scarsa e pochissimi sono gli elementi midollari del tipo linfocitico e mielocitico. Le granulazioni sono raramente distinte. Non megacariociti e scarsissimi elementi maturi polinucleari. Scarso pure il grasso. Scarsi i globuli rossi, per lo più maturi. Scarsissimi normoblasti. Si può perciò concludere per una diminuita attività del midollo. *Lo striscio del midollo delle costole* non presenta nessuna reazione. Scarsi mielociti, scarsi elementi bianchi midollari. *Sezione del midollo osseo del femore*: dimostra contenuto di grasso, di elementi maturi della serie eritrocitica, della serie leucocitica, megacariociti e linfociti. Tessuto stromatico connettivale in alcuni tratti aumentato, il reticolare immodificato. All'esame a più forte ingrandimento si nota: le cellule di grasso sono separate da spazi scissi da sepimenti fibrillari in alveoli, nei quali sono contenuti globuli rossi maturi ricchi di emoglobina o decolorati. Con essi si rinvengono leucociti poli o mononucleati, normoblasti con nucleo picnotico. Si notano anche figure di carioressi

e cariolisi di normoblasti. Mancano figure di cariocinesi. In altri tratti lo stroma reticolare nelle fine reti che esso costituisce, contiene in prevalenza linfociti o elementi mieloidi come nei comuni focolai mieloidi. Le arterie e le vene si presentano inalterati. I megacariociti hanno nucleo gemmante, citoplasma in gran parte vacuolizzato e omogeneo. Colpisce in questo midollo la scarsezza di elementi immaturi e la fase degenerativa dei normoblasti, prevalente sulla fase rigenerativa. Gli elementi granulosi sono scarsi. Si trovano qua e là corpi tingibili liberi in mezzo agli elementi rossi contenuti nel reticolo. Cellule fusate del connettivo si presentano ben manifeste con nucleo allungato, abbastanza ricche di cromatina nucleare tra le maglie del reticolo. Cellule del reticolo si mettono in evidenza sia come elementi avventiziali dei vasi, sia come elementi stromatici che si distinguono per il nucleo rotondeggiante, per la membrana nucleare molto evidente e la scarsa cromatina in granuli contenuta nel nucleo. Mancano elementi eosinofili. In alcuni tratti sono evidenti megaloblasti in via di degenerazione. Dall'insieme dei campi dei preparati osservati si rileva la irregolarità di distribuzione del parenchima midollare nello stroma: accanto a campi di midollo per dir così fertile, si rinvengono campi dove sono scarsissimi gli elementi midollari della serie bianca e predominano invece globuli rossi maturi. Questi campi alla lor volta s'alternano con zone ove il grasso e lo stroma con pochi elementi linfoidi e con globuli rossi nucleati in via di degenerazione, rappresentano il principale contenuto di parenchima. In altre sezioni del midollo osseo si rinvengono estesi focolai di necrosi del parenchima.

Fegato. — L'esame del fegato dimostra lobuli epatici ben conservati in gran parte; la rete mirabile venosa in molti luoghi è iniettata da numerosi elementi del sangue. Le vene sopraepatiche come le venule centrali non contengono maggior numero di elementi bianchi del sangue. Gli spazi di Kirnhann specialmente i piccoli, presentano ricchezza di sangue nei vasi e infiltrazione con elementi leucocitari. L'esame a più forte ingrandimento conferma un maggior contenuto di elementi bianchi in alcuni tratti della rete mirabile venosa. Gli elementi del reticolo inoltre sono rigonfi e con vacuoli. Alcuni contengono residui emoglobinici. Gli endoteli sono conservati. Gli elementi contenuti nella rete mirabile sono per lo più del tipo linfocitario. Le cellule epatiche contengono pigmento emosiderinico e presentano talora degenerazione granulare. Altre contengono notevole quantità di grasso. Non si veggono figure di degenerazione delle cellule epatiche. Da una considerazione d'insieme delle alterazioni rinvenute si può desumere quanto segue: 1) manifesta alterazione delle cellule epatiche, specie degenerative; 2) maggior contenuto di ferro nelle cellule epatiche stesse; 3) diffusa iperplasia del reticolo cellulare e precisamente delle cellule di Kupffer; 4) conservazione dell'endotelio della rete mirabile che solo in qualche tratto presenta necrosi; 5) formazione di focolai mieloidi nell'interno dei lobuli epatici dimostrati da accumuli di elementi polimorfi per lo più con nucleo picnotico, intorno a finissimi capillari sanguigni nell'interno del lobulo epatico; 6) numerosi elementi linfoidi in alcuni tratti della rete mirabile come indici anche essi di neoformazione linfatica.

L'iperplasia delle cellule di Kupffer e degli endoteli è il fatto predominante su tutte le alterazioni del fegato.

Milza. — La capsula è ispessita come pure le trabecole ed i setti che da essa emanano. Le arterie follicolari e le vene sono ben conservate con piccola infiltrazione linfocitaria della parete. Follicoli atrofici. Arteria centrale ben conservata. Seni non dilatati. Cordoni di Billroth conservati. In essi, numerose cellule con contenuto emosiderinico. Elementi del reticolo rigonfi, tanto che i seni appaiono ristretti. Fibro-adenia evidentissima dei follicoli, non della polpa. La lesione fondamentale è rappresentata da alterazioni degli elementi del reticolo e dell'endotelio dei seni. Il carattere emolitico della milza è ben dimostrato dalla emosiderosi notevolissima degli elementi dei seni e dalla fagocitosi da essi esercitata. Non vi è alcuna traccia della milza leucenica. La fibroadenia è in rapporto con tutta probabilità, con l'emolisi.

Ghiandole linfatiche. — Capsula non ispessita, seno marginale con endotelio rigonfio, follicoli con la parte centrale e periferica ben distinta, reticolo con iperplasia considerevole degli elementi nella parte periferica dei follicoli e nei seni intermediari. Non si nota eritrocateresi considerevole. Non formazioni mieloidi. La caratteristica è rappresentata dal rigonfiamento dell'endotelio dei seni intermediari e del reticolo.

Cuore. — Aumento diffuso del connettivo interstiziale. Focolai miocarditici evidentissimi si notano in alcune sezioni del cuore e l'aumento del connettivo è specialmente intorno all'avventizia dei vasi, ma in alcuni tratti è largamente diffuso tra le fibre muscolari le quali sono atrofiche e sostituite in gran parte dal connettivo stesso ricco di fibrille e povero di cellule. Si riscontrano inoltre focolai di degenerazione grassa.

Reni. — Nel rene si nota lieve ispessimento della capsula senza spiccate alterazioni dei lobuli renali, molto alterati dalla putrefazione. Glomeruli integri.

Pelle. — Piccoli infiltrati nel derma reticolare corrispondenti forse ai tratti dove apparivano le petecchie. Il derma papillare presenta qua e là scarse infiltrazioni. Ghiandole sebacee, sudorifere e follicoli dei peli integri. Non alterazioni dei vasi. Rare sono le emorragie perifollicolari.

Come risulta da quanto suesposto ci troviamo di fronte a un caso d'interpretazione difficile, anche dopo i risultati di un esame accurato anatomico ed istologico. Quali sono i dati positivi di fatto che avemmo a constatare? Clinicamente: 1) una porpora della pelle localizzata in corrispondenza delle basi del torace, delle regioni addominali, delle radici delle coscie e degli arti superiori. Inoltre stomatite e gengivite fungosa. Decorso grave con esito mortale; 2) una eritropenia e corrispondente diminuzione di emoglobina; 3) trombopenia; 4) leucopenia mieloide e linfoide.

Anatomicamente: 1) porpora della pelle e dell'apparato digerente; 2) alterazioni degenerative degli organi come nelle anemie gravi; 3) macrofago-plastica esagerata e mieloplastica inibita come è dimostrato da quanto abbiamo avuto a constatare all'esame istologico del fegato, del midollo osseo e della milza.

Di fronte a questi dati di fatto quali malattie possono entrare in discussione?

Prima di tutte evidentemente *il morbo di Werlhoff*. In questa malattia, come nel nostro paziente, si hanno petecchie (che però tendono nel maggior numero dei casi alla confluenza) e lesioni dell'apparato boccale. Così pure nel nostro malato, come nel morbo di W., riscontrammo piastrinopenia (98.000 piastrine). Ma erano assenti tutti i fenomeni di provocazione, il tempo di stillicidio era normale e così il coagulo si retraeva come normalmente. Venivano così a mancare tre dei sintomi caratteristici della malattia di W.

Nello *scorbuto*, oltre alle emorragie sempre connesse coi follicoli piliferi, sono però essenziali le caratteristiche soffusioni emorragiche a carico del sottocutaneo, i versamenti ematici nelle fascie, negli interstizi muscolari, sotto il periostio; fatti che noi non riscontrammo. E poi nello scorbuto il numero delle piastrine è normale. Senza contare che nel nostro P. mancava assolutamente il criterio dietetico giacchè si era sempre nutrito in modo sano e variato. È invece noto come nella produzione dello scorbuto, oltre i fattori endogeni costituzionali, sia da porre in grande conto la nutrizione proseguita per lungo tempo con sostanze qualitativamente deficienti. Così pure non si può pensare ad una forma di *aleucia emorragica*, giacchè per quanto molti sintomi dal nostro P. presentati, si riscontrano nella suddetta malattia, negli strisci di sangue abbiamo riscontrato presenza di mieloblasti, carattere questo assolutamente negativo per la aleucia e perchè in questa si hanno caratteristiche alterazioni del midollo osseo che nel nostro caso mancavano. Così pure per ragioni ovvie conviene scartare tutte le forme di *mielosi* sia acute che croniche, sia leucemiche che aleucemiche. L'*angina da monociti* descritta da Schultz non è anche essa ammissibile perchè se nel sangue si trova una monocitosi, come nel nostro caso, il decorso clinico e i sintomi sono ben diversi: infatti si è sempre avuta guarigione nei casi osservati e l'angina è accompagnata da tumefazioni ghiandolari generalizzate, febbre di lunga durata, tumefazione della milza e del fegato. Nel nostro paziente nulla di tutto questo. *Nella malattia di Schönlein-Henoch* si ha presenza di macchie con dolorabilità spontanea e alla pressione di parecchie articolazioni e con tumefazione edematosa del contorno di questo. I sintomi gastro-intestinali descritti da Henoch sono: vomito, dolori e colite muco-sanguinolenta. A parte che di tutti i sintomi elencati parecchi facevano difetto nel nostro malato, avevamo però i disturbi intestinali che ripetevano la loro origine dalla diatesi emorragica riscontrata nell'intestino e che potevano quindi far rimanere nel dubbio. Però nella tossicosi capillare emorragica non esiste trombopenia e non si riscontrano alterazioni istologiche nel tipo notato nel nostro malato.

Dopo ciò quali conclusioni si possono trarre? Che si tratti nel nostro paziente di un quadro morboso corrispondente ad una anemia grave mortale e che ha decorso come una infezione acuta il cui agente ha, per distruzione dei globuli rossi e bianchi, eccitato una macrofago plastica esagerata alla quale si è connessa una mieloplassi deficiente. L'agente che non fu potuto rinvenire nel sangue (non si potè praticare nei tre giorni di degenza che una emocultura) è probabilmente penetrato per le tonsille ed è stato eliminato con tutta verosimiglianza per la mucosa intestinale, determinando in essa alterazioni capillari come alla porta d'ingresso.

Dovendo perciò formulare un giudizio diagnostico non possiamo che affermare di trovarci di fronte ad un caso di *diatesi emorragica mortale cutanea e intestinale*. Detto caso per le sue caratteristiche non è inquadrabile in uno dei gruppi assegnati in questa categoria di malattie, ma ha in comune clinicamente e anatomicamente caratteri di parecchi gruppi e costituisce perciò un complesso a sè la cui conoscenza può guidare sul giudizio prognostico e sul decorso della malattia.

BIBLIOGRAFIA.

E. FRANK. *Die hämorrhagischen Diatesen-Schittenhelm.* (*Handbuch der Krank. des Blutes, ecc.*), vol. II. Berlin, 1925.

O. SCHAUMAN - F. SALTZMANN. *Die perniziöse Anämie in ibidem.*

A. DIONISI. *Anatomia patologica del sangue.* Lezioni. a. 1925-26.

DI GUGLIELMO. *Le porpore emorragiche.* Pavia, Tip. Cooperativa, 1926.

DYKE. Lancet, 206, n. 21, pag. 1048, 1924.

KÖNIG. Zeitsch. f. Kinderheilk, n. 32, 1922.

LEDERER. Ibid., 6, 1913.

ISTITUTI PER LA LIBERA DOCENZA DELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI (ex COLLEGIO MEDICO).

Setticemia emorragica da melitense.

Prof. dott. ANTONIO PODDIGHE,
libero docente di Patologia Chirurgica.

Credo interessante riferire lo studio di alcuni casi di setticemia emorragica da melitense, osservati durante un periodo di qualche anno (1923-1926) in una zona della Sardegna (nord ovest) ove. quasi in forma epidemica, si svilupparono numerosi casi di febbre mediterranea.

Le suddette osservazioni furono da me fatte essendo stato io chiamato, per le emorragie, nella qualità di chirurgo.

CASO I. — Esso riguarda un industriale di Bosa, A. C., di anni 58, il quale, mentre nell'anamnesi famigliare accusava tare tubercolari, in quella personale invece non registrava alcuna cosa degna di nota. Ammalò quasi improvvisamente (febbraio 1923) con brivido e febbre molto alta (40° ed oltre) a carattere continuo con remissioni fino a 38,5° irregolarissime; lievi dolori spontanei alle articolazioni e mialgie non durevoli agli arti inferiori. All'esame obbiettivo il medico curante niente di molto notevole rilevò a carico dei varii sistemi od apparecchi per cui fece diagnosi di sindrome influenzale e somministrò lievi dosi di aspirina ed influsi caldi. Per una settimana il quadro clinico ed il decorso non subirono modificazioni di sorta. Verso l'ottavo, nono giorno improvvisamente si presentò imponente un fatto nuovo: le urine diventarono di colorito bruno nerastro con forte deposito. Fui allora chiamato in consulto e questi furono i rilievi subbiettivi ed obbiettivi più importanti: senso di stanchezza e di dolentia sovratutto muscolare, facile sudorazione, stato generale alquanto depresso, sensorio non sempre integro, lingua patinosa sufficientemente umida, stato febbrile (40,6); individuo robusto con ricco pannicolo adiposo, niente di notevole sulla superficie cutanea salvo un lievissimo dermografismo; organi toracici con fatti di lieve ipostasi pulmonare; apparecchio cardio vascolare sano, polso regolare, ampio ma frequente (120); tubo digerente quasi regolarmente funzionante; fegato lievemente aumentato di volume; milza egualmente; non tumefazioni patologiche nello ambito addominale; rene non palpabile; urine abbondanti, circa un litro e mezzo, con colorito bruno nerastro, aspetto torbido e fortissimo deposito, il quale, colla decantazione, anche ad occhio nudo, appare costituito da sangue, mentre il colorito bruno nerastro è quello caratteristico dell'emoglobina. L'esame dell'urina dà i seguenti rilievi: quantità abbondante, odore nauseante, aspetto torbido con forte deposito, colore bruno nerastro, reazione acida, peso specifico 1012, albumina presente in grande quantità, zucchero assente, mucopus assente; all'esame microscopico presenza di abbondantissimi globuli rossi in massima parte conservati, altri alterati; pochissimi cristalli, qualche cilindro costituito da elementi granulosi ematici; presenza di emoglobina.

L'esame del sangue dà i seguenti reperti: emoglobina 70, corpuscoli rossi 4.400.000, poche variazioni nel numero dei leucociti e nella formula leucocitaria, non esiste spostamento importante dello schema di Arneth; negativa la ricerca dei parassiti malarici.

Esclusa qualsiasi causa di intossicazione endogena ed esterna essendo stati da varii giorni soppressi anche tutti i farmaci, escluse la malaria e l'emoglobinuria venne il sospetto che la grave sintomatologia generale dello infermo fosse originata e mantenuta da una grave infezione generale. Per tale sospetto infatti mi decisi a fare dei prelevamenti di sangue per eseguire delle emoculture ed esami sierodiagnostici. Non avendo sul posto i mezzi necessarii per tali studi, i materiali, adeguatamente prelevati, furono inviati a Cagliari, a Sassari ed a Roma presso Istituti scientifici perchè fossero praticate tutte le ricerche.

Le condizioni generali del malato intanto ebbero tendenza a notevole peggioramento perchè la febbre divenne e si mantenne più alta, il cuore cominciò a cedere e l'ematuria aumentò. Per tale decorso la famiglia, molto agiata, richiese un altro consulente che fu scelto nella persona del prof. G. Marini dell'Università e dell'Ospedale di Cagliari. Niente di nuovo col consulto si aggiunse alle cognizioni diagnostiche e curative dell'infermo. Fu verso il ventesimo giorno di malattia che si ebbero quasi contemporaneamente le risposte degli Istituti scientifici di Roma, Cagliari e Sassari, i quali concordemente accertarono sierodiagnosticamente, agglutinazione positiva fino all'uno per 500 ed uno per 1000 per il melitense, negative tutte le altre prove sierodiagnostiche. In seguito anche tutti i reperti delle emoculture furono positivi per lo sviluppo e relativo isolamento del solo bacillo di Bruce con risultati concordi presso tutti gli Istituti esaminatori (1). Neanche il minimo dubbio quindi che si fosse in presenza di una setticemia da bacillo melitense, setticemia a carattere emorragico, sopratutto a carico dei reni.

Mi diedi subito cura di riscontrare quanto più mi fu possibile nella letteratura ma non mi fu allora dato di trovare registrato qualche caso consimile. La terapia fu allora condotta governando l'infermo come un grave setticemico e tutto il decorso clinico successivo non fu che una chiara conferma della diagnosi fatta. Il decorso fu lungo ed allarmante; la presenza di sangue nelle urine durò per circa 40 giorni però le tracce di alterazione renale rimasero fin oltre il novantesimo giorno; la febbre poi dette molestia fin oltre il quinto mese da che la malattia si iniziò.

CASO II. — Chiamata improvvisa urgente in consulto presso un malato, T. G. di anni 44 commerciante da Bosa. Nulla di notevole nella anamnesi famigliare ed in quella personale dell'infermo. Questi si era ammalato tre settimane prima, improvvisamente, con febbre allo inizio non molto forte, ma subito altissima per cui ricorse al medico, il quale osservò che la febbre, molto alta, aveva carattere continuo remittente con qualche intermittenza e tale si conservò per una settimana, ma nella successiva divenne ancora più alta (40,5-41°) con remissioni (38,8-39°) ad intervalli variabili e strani. Verso la seconda settimana il malato aveva avuto un indolenzimento, tramutatosi poi in forte dolore, ad entrambe le regioni auricolari e periauricolari per cui era residuata una notevole diminuzione della facoltà auditiva. Il medico curante riferì di non aver mai osservato fatto alcuno patologico a carico dei varii organi o sistemi e che all'inizio aveva praticato — con esito negativo — varie iniezioni di chinino, ma in seguito, dato il carattere febbrile ed il grave deperimento improvviso dell'infermo, aveva pensato ad una grave forma tubercolare miliare per cui ricorse alla cutireazione a scopo diagnostico; ma anche questa prova fu decisamente negativa.

Stavano così le cose quando improvviso si presentò un fatto grave per cui fui richiesto a consulto: dalla sera precedente era insorta una tosse continua senza requie, tosse accompagnata da abbondantissima espettorazione, la quale era costituita da veri coaguli ematici nerissimi, di

---

(1) Il prof. MARINI si servì dello stipite sviluppato nelle emoculture per la preparazione di vaccino specifico.

grandezza varia e da sangue piceo ammassato. La quantità del suddetto espettorato era molto abbondante per cui il medico curante aveva già somministrato della adrenalina e dello zimema Zambeletti.

All'esame subbiettivo niente di importante può raccogliersi sullo stato attuale perchè il malato non sente bene e perchè risponde a monosillabi, interrompendosi subito per i colpi di tosse. Il malato giace supino, abulico, quasi inerte con respiro affannoso e lineamenti della faccia alquanto stirati, occhi infossati, tosse quasi continua senza intervallo; temperatura febbrile (40,2), sensorio torpido, sensibile dermografismo cutaneo, lingua patinosa un po' arida, pannicolo adiposo un po' scarso, masse muscolari flaccide; respiro affannoso con inturgidimento delle giugulari esterne al collo, lieve limitazione nelle escursioni respiratorie della cassa toracica in specie alla base, lieve aumento del fremito toraco vocale ad entrambe le basi toraciche, nessuna percezione di sfregamenti pleurici; colla percussione si nota subottusità in entrambe le basi polmonari; colla ascoltazione, nelle medesime sedi a volte dei sibili e ronchi a volte chiaro soffio bronchiale; colla tosse si ha espettorazione di materiale in massima parte fatto da coaguli sanguigni nerissimi, che sono molto differenti dagli espettorati rugginosi dei pneumonitici; detti coaguli sono frammisti a sangue semidenso di colore oscurissimo ed a qualche stria di sangue rutilante. Niente altro di importante nell'esame dell'infermo salvo un discreto ingrossamento splenico. Polso frequente (130) ed abbastanza piccolo. Urine non abbondanti di colorito rosso scuro, assenza di reperti patologici agli esami fisico, chimico e microscopico. Esame del sangue: emoglobina 60; globuli rossi 3.200.000, leggera leucopenia, quasi normali lo schema di Arneth e la formula leucocitaria. Negativa la ricerca dei parassiti malarici; negativa la ricerca dei bacilli tubercolari nell'espettorato.

Era chiaro che non polmonite lobare, non tubercolosi miliare, non emottisi vera potevano soddisfare a quanto il complesso quadro clinico presentava. Nella disparità di opinioni si decise di tenere in osservazione l'infermo. Nella notte successiva, diffuse per tutto il corpo, cominciarono ad apparire delle macchie livido nerastre di estensione varia, fino alla grandezza del palmo della mano, e di configurazione pure varia ed irregolare. L'aspetto di dette macchie era quello delle comuni ecchimosi per cui non vi fu dubbio alcuno che le medesime tutte fossero dovute ad emorragie sottocutanee. Si pensò allora ad una forma gravissima di setticemia e si decise di fare prelevamenti di sangue per emoculture e per esami sierodiagnostici, che furono praticati all'Istituto del prof. Belfanti a Milano ed in un Istituto Biologico di Sassari. Il risultato degli esami sierodiagnostici fu subito concorde e reciso: positivo per il melitense; più tardi anche concorde fu il responso del risultato dell'emocultura: positivo pel bacillo del Bruce. In seguito a tali risultati fu decisa una terapia proteinica aspecifica. Al 3° giorno dal suo insorgere l'espettorazione che era divenuta un po' più fluida, cessò del tutto, quasi di improvviso; la febbre cominciò a cedere di intensità; le ecchimosi ebbero il loro pieno sviluppo fino al riassorbimento e non si ripresentarono più. Nel decorso successivo però la febbre fu ostinata con andamento continuo remittente per oltre altri 30 giorni, poi assunse carattere remittente ed intermittente per parecchio altro tempo, tanto che il malato si ridusse in condizioni veramente impressionanti. Fu allora che si decise di mandarlo in campagna ad una altitudine di circa 500 metri e solamente colà dopo oltre 4 mesi dall'inizio della malattia scomparve la febbre e si iniziò la convalescenza che portò al completo ristabilimento del malato dopo circa altri due mesi.

CASO III. — Pure chiamata di urgenza (1925) a consulto per un individuo, F. M., di anni 35, proprietario da Cuglieri. Nella anamnesi famigliare niente da notare; l'infermo ha sofferto delle comuni malattie di infanzia, militare al fronte ebbe lieve ferita ad una gamba, soffrì di febbre influenzale nel 1919. La malattia iniziò improvvisamente con febbre, arrossamento delle fauci e lievi dolentie muscolari per cui il medico curante fece diagnosi di influenza ed iniziò cura adeguata. Senonchè la febbre, da prima non forte ed intermittente, dopo una settimana divenne fortissima e lievemente remittente in periodi ed ore variabili. All'infuori della febbre il medico curante non potè osservare altro fatto patologico fino al quindicesimo giorno, allorchè nell'accurata visita quotidiana riscontrò una forte ottusità in entrambe le basi toraciche con chiari sintomi di versamento endopleurico. Praticata la puntura esplorativa con comune siringa Pravaz l'esito fu negativo; fu usato allora ago più grosso, montato su grossa siringa, e si ebbe poco liquido siero ematico con piccoli coaguli sanguigni. Il giorno seguente l'ottusità pleurica aumentò e si potè constatare anche chiaramente un sensibile versamento libero endoaddominale. In queste condizioni fui chiamato al consulto e niente potei constatare di diverso da quanto riferito. Siccome il versamento endopleurico era alto decisi di usare l'aspiratore di Potain col più grosso ago. Prima ancora di procedere alla toracentesi l'infermo fu preso improvvisamente da intensissimo prurito e da un eritema generalizzato a tutto il corpo, proprio una vera eruzione scarlattiniforme. Praticai la toracentesi ma per quanto largo fosse l'ago usato non ebbi che coaguli sanguigni e siero ematico, il tutto di colorito fortemente nerastro, e ciò da entrambi i lati. Essendosi fatto notevole il versamento libero endoaddominale, con molte cautele praticai anche la paracentesi addominale, con risultato identico alle due toracentesi. Nessun dubbio quindi che il liquido endopleurico ed endoaddominale fosse costituito da sangue. Nello stesso giorno in cui praticai le punture, comparvero da quattro a cinque ecchimosi sottocutanee di piccolissima estensione e diffuse agli arti inferiori. A questo punto, dato il decorso della malattia ed i casi precedentemente da me osservati, non ebbi dubbio alcuno per fare diagnosi di setticemia con emorragie da bacillo di Bruce. Gli esami posteriormente praticati rigorosamente, compresa la emocultura, mi hanno dato completa conferma della diagnosi. La guarigione avvenne ma dopo molti mesi.

Dunque tre casi sicuramente accertati di gravissima infezione (setticemia) da melitense con manifestazioni emorragiche in diversi punti ed organi del corpo, precedentemente sani. Notevole il fatto che in tutti e tre i casi vi fu per l'emorragia una sede di più intensa esplicazione (rene, polmoni, sierose).

È noto il meccanismo di produzione delle ecchimosi nelle setticemie emorragiche, meccanismo dovuto sovratutto all'azione delle tossine batteriche, in specie dello streptococco; però non sono frequenti casi di ecchimosi ed emorragie tanto imponenti come quelle dei tre casi precedentemente descritti. Infatti più comunemente nelle setticemie emorragiche le ecchimosi sono limitate a lievi stravasi ben visibili sulla superficie e nel parenchima dei visceri, mentre collo esame microscopico, in tali casi, si riscontrano facilmente piccole trombosi vascolari e degenerazioni cellulari. È proprio per l'alterazione delle pareti che i vasi sanguigni si rompono dando luogo sia ad emorragie interstiziali, a petecchie, ad ecchimosi, sia ad emorragie libere o cavitarie quali le epistassi, ematemesi ecc.

È pure nota la estrema gravità delle setticemie emorragiche, nelle quali più o meno rapidamente, ma quasi generalmente, sopravviene la morte in un tempo molto breve che può variare dalle 36 ore ai quattro, cinque giorni (setticemie puerperali, peritoneali ecc.). L'agente etiologico di tali forme può essere vario ma in genere è lo streptococco o lo stafilococco.

Nei casi da me descritti invece l'agente etiologico sicuramente è stato il bacillo di Bruce; il quadro clinico è stato quello della gravissima setticemia emorragica con imponenti spandimenti interstiziali ed emorragie attraverso organi (rene, polmone) o sierose (pleura, peritoneo). Data la gravità della manifestazione era logico attendere un decorso breve con esito mortale, invece il decorso fu lungo, molto lungo, e l'esito favorevole in tutti i casi.

È bene conoscere e tenere presenti tali forme di setticemia emorragica da melitense.

ADDENDA.

Azione diuretica dell'opoterapia epatica.

Dott. ANTONIO GASPARINI.

Mentre era in corso di stampa la nota apparsa nel n. 51 della Sezione pratica del *Policlinico* su questo argomento, veniva pubblicata una comunicazione fatta dal prof. L. D'Antona, dell'Istituto di Patologia Medica di Siena, alla Accademia dei Fisiocritici in Siena, avente per argomento: Fegato, sali biliari e diuresi. Agli accenni bibliografici della nota predetta devesi quindi aggiungere la conclusione di questa nota, la quale conferma l'osservazione che possono manifestare una benefica influenza sulla diuresi sia gli acidi biliari sia la dieta epatica di Minot e Murphy, e che se fra i due fatti vi sia una certa relazione potrà essere chiarito quando sarà spiegato il meccanismo tuttora oscuro con cui il fegato e gli acidi biliari influenzano il ricambio idrico.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

Manifestazioni tardive della encefalomielite epidemica.

(R. CRUCHET. *Journal de Médec. de Bordeaux*, n. 10, 1928).

Studiare i *postumi* della encefalomielite epidemica, (termine impropriamente usato per indicare quelle che si debbono considerare vere manifestazioni tardive di un processo morboso non completamente spento, N. d. R.), porterebbe a passare la rivista a quasi tutte le malattie del sistema nervoso e dello stato mentale. Le manifestazioni più frequentemente osservate, che danno alla encefalomielite alcuni caratteri di originalità, sono: il parkinsonismo post-encefalitico; gli spasmi di torsione ed oculari; le forme basse midollari e periferiche; i pervertimenti mentali.

La nozione del parkinsonismo postencefalitico è dovuta primitivamente alla Scuola bordolese, che ha isolato e descritto questa sindrome clinica nel 1921 sotto la denominazione di *bradicinesi* postencefalitica. Il carattere clinico dominante è rappresentato, infatti, dalla lentezza anormale di qualsiasi movimento. La stessa parola è rara, monotona, affievolita, senza accento. Si giunge fino a veri arresti bruschi dei movimenti che compaiono nel corso di un esercizio, tanto più straordinari in quanto gli stessi malati possono presentare in altri momenti una attività motrice normale, che tuttavia appare esagerata in confronto della loro azione volontaria ordinaria. M. Souques ha denominato quest'ultimo fenomeno *cinesi paradossale*. La lentezza cinetica è, nei parkinsoniani postencefalitici, veramente notevole: si associa alla impassibilità, così peculiare, del viso che appare come fissato e inespressivo, e alla attitudine rigida, come di legno, di tutto il corpo. Tralasciando la correlazione che può esistere tra questi fenomeni nei parkinsoniani veri e nei p. postencefalitici, bisogna differenziare questi da quelli. Il tremore classico del m. di Parkinson è molto raro: si tratta quasi sempre, quando esiste, di un tremore più vibratorio e subbiettivo che visibile obbiettivamente, che si può dire d'azione, senza i caratteri estremi del tremore intenzionale, e che scompare durante il riposo. Lo stato mentale del bradicinetico postencefalitico è molto diverso da quello del parkinsoniano: egli non pensa che a rimanere tranquillo, nel riposo completo, preferibilmente a letto; è indifferente a tutto ciò che lo circonda, benchè la sua memoria e la sua intelligenza siano perfettamente conservate. Tutto è sforzo per lui: val meglio l'immobilità assoluta.

La giovinezza, l'età adulta hanno pagato il più largo tributo al parkinsonismo postencefalitico, mentre la vecchiaia dà il maggior contingente di m. di Parkinson.

La nozione del carattere epidemico serve anche a distinguere la bradicinesi postencefalitica.

Diversa è pure l'evoluzione: sempre progressiva nel m. di Parkinson, può condurre a regressioni, a stazionarietà nel parkinsonismo, p. e. Altre particolarità che caratterizzano i postencefalitici sono: la salivazione spesso precoce, abbondante, disturbi pupillari come l'ineguaglianza, la pigrizia dei riflessi alla luce ed all'accomodazione, la diplopia passeggera; l'esagerazione dei riflessi rotulei senza segno di Babinski; le variabili reazioni del liquido cefalo-rachidiano con aumento quasi costante del glucosio; la persistente tendenza alla iperipnia. La ragione di questa bradicinesi postencefalitica rappresenta il quesito di un problema che è posto tuttora in discussione. Una delle prime idee esplicative dello stato parkinsoniano, che risale a Charcot, riporta tutti i fenomeni alla rigidità: ma ciò vale per il parkinsonismo postencefalitico, in cui il fenomeno della rigidità è più apparente che reale, tutto diverso dalla ipertonia piramidale, ma intermittente, variabile secondo i movimenti e le posizioni. Paul Delmas studiando i riflessi di postura (che hanno per risultato di fissare per un certo tempo l'atteggiamento passivamente imposto ad un arto), ha dimostrato, con metodo di iscrizione impeccabile, che nella maggior parte dei bradicinetici postencefalitici il riflesso di postura è smisuratamente allungato, specie nella fase di esaurimento. La prova della scopolamina ha dimostrato anche l'associazione della ipertonia piramidale alla ipertonia posturale. Ciò induce a ritenere che il fenomeno lentezza, o bradicinesi, esiste per se stesso, e costituisce da solo il mezzo più semplice e giustificato di presentazione del problema, attribuendo tutta l'importanza alla ragione clinica, destinata sempre ad avere l'ultima parola.

La bradicinesi, comunque, non sarebbe spiegabile con un turbamento semplicemente muscolare o periferico: bisogna ammettere una disfunzione centrale che oppone all'esercizio della volontà una barriera più o meno considerevole.

Quanto alla sede, il mesocefalo pare la regione ove potrebbe prodursi l'arresto della trasmissione dello stimolo volontario: ma in quale punto particolare? Il talamo ottico appare poco probabile. Il corpo striato è stato posto in causa negli ultimi anni, ora per la porzione interna o pallidale, ora per la totalità. K. Wilson ritiene che da solo il corpo striato non possa dar conto di tutti i fenomeni. Bisogna ammettere che le lesioni siano molto diffuse, e si può convenire con H. Verger nel ritenere che si tratti del deficit di una funzione generale del cervello: la funzione automatica di abitudine.

Tra le manifestazioni tardive della encefalomielite sono relativamente frequenti quelle che sono state denominate spasmi di torsione, e che spesso accompagnano la sindrome bradicinetica. Queste deformazioni fissano determinate parti del corpo negli atteggiamenti più vari, talvolta inverosimili: tra le più frequenti è la torsione del capo, più o meno accentuata e sgraziata, riproducente tutte le modalità possibili del torcicollo spastico. Il tronco si presenta ora curvo in avanti, ora in dietro; talvolta in lordosi enorme, talaltra letteralmente piegato in due con la testa al di sotto dei ginocchi. Gli arti possono presentare posizioni paradossali, inesplicabili: p. e. il superiore in una situazione che non corrisponde ad alcun atto utile, come storpio o atetoide, gli inferiori avvicinati, o divaricati, o come attorti.

Questi diversi e stravaganti atteggiamenti sono abituali ma non permangono, potendo modificarsi a seconda dei movimenti fino a scomparire. Questi i fatti: la loro spiegazione è all'ordine del giorno. Si discute per stabilire se vi sia ipertonia o ipotonia, spasmo o no, disturbo della statica o dei riflessi posturali. Certo si tratta di fenomeni complessi, in relazione con la diffusione delle lesioni encefalomielitiche, che determinano un polimorfismo imbarazzante.

Anche gli spasmi oculari, o crampi dello sguardo, come li chiamano i Belgi, o spasmi oculogiri, destano interesse. Esistono tutte le varianti nella posizione dei globi oculari, sia in alto che in basso, in avanti, lateralmente, e queste modalità sintomatiche si confondono in parte le une con le altre. Non è raro che vi si associ una deviazione coniugata della testa. Caratterizza questi spasmi l'inizio improvviso, irregolare, inesplicabile, che ricorda l'inizio di una crisi epilettica, senza però la minima perdita di coscienza. Probabilmente si tratta di fenomeni irritativi che si manifestano episodicamente, agendo sui diversi nuclei peduncolo-protuberanziali che si riferiscono ai muscoli oculari. Si avrebbe allora un difetto di equilibrio nelle associazioni muscolari che provocano, secondo gli oftalmologi, delle paralisi di funzione: di elevazione, di abbassamento, di lateralità.

Dopo quelle menzionate appaiono interessanti, come manifestazioni tardive, le così dette forme basse, principalmente le midollari, poi le radicolari e le polinevritiche che partecipano del carattere primordiale diffusivo delle lesioni anatomiche e, per conseguenza, dei sintomi clinici che caratterizzano tutte le varietà sintomatiche della encefalomielite epidemica. Così l'evoluzione è capricciosa, di prognosi sempre incerta.

Molto si è scritto, negli ultimi anni, sui pervertimenti del carattere osservati in bambini, dopo l'encefalite. Si tratta di pervertiti di un genere speciale, che non somigliano ai veri. Il pervertito propriamente detto è sempre uguale nelle manifestazioni dei suoi istinti cattivi: è perseverante, tenace, incorreggibile, impenitente, soddisfatto di abbandonarsi ai suoi gusti morbosamente cattivi; conserva una intelligenza fredda e logica. Il pervertito postencefalitico invece è instabile, irregolare, tendente più a commettere birichinate che cattiverie. Egli varia senza posa i suoi atti, ora dandosi alla funga, ora abbandonandosi a crudeltà verso animali; talvolta dimostra crisi sessuali verso l'epoca pubere.

Un giorno ruberà un oggetto qualsiasi, un altro giorno apparirà un mitomane e racconterà storie inverosimili senza capo nè coda.

Lo stato mentale che più si avvicina a questa perversione è quello della demenza precoce, ma solo in apparenza, poichè il postencefalitico si rende conto di quello che fa, prepara i suoi piccoli piani in sordina e prova un gusto malizioso a burlarsi di tutti. In fondo a tutto ciò vi è un debilitamento manifesto, che rappresenta una specie di regresso verso uno stato anteriore, che in qualche caso può migliorare, ma che più spesso si stabilizza, come un vero puerilismo.

Dal punto di vista pratico il trattamento delle manifestazioni tardive della encefalite si riduce quasi sempre alla terapia della sindrome bradicinetica. La principale indicazione è la lotta contro la tendenza all'inerzia e alla ricerca del riposo, così abituali in questi malati che hanno sete di immobilità. La mobilizzazione attiva, la deambulazione, specie sotto forma di passeggiata, danno dei risultati più costanti e durevoli della mobilizzazione passiva. Analoghe osservazioni di miglioramento sono state fatte dopo l'uso di varie solanacee (belladonna, stramonio, giusquiamo) o dei loro principi attivi: atropina, iosciamina, ioscina, scopolamina, duboisina. La loro azione era conosciuta da molto tempo come utile nel parkinson classico.

Bisogna coordinare l'impiego di esercizi moderati con quello delle varie sostanze medicamentose, e raggiungere, per tentativi, la loro utilizzazione migliore.

In alcuni soggetti vanno bene le dosi forti fin da principio, ripetute ogni 5-6 giorni, (p. e. 1 milligr. o 1 mgr. e 25 di bromidrato di scopolamina in soluz. 1/2.000). In altri le dosi più deboli, ripetute più spesso danno migliori risultati. La ioscina agisce talvolta più favorevolmente della iosciamina e della scopolamina, talaltra si deve preferire la polvere di stramonio, o le gocce di belladonna. È importante sorvegliare le possibili riprese di una encefalomielite male spenta.

L'A. ha per sistema di praticare per precauzione, o al minimo prodromo, una autosieroterapia intrarachidiana, prelevando sangue dal malato, inattivandone il siero in stufa a 56°, e iniettandolo per 3-4 volte nel canale rachidiano alla dose singola di 5-10 cmc. Egli ha ottenuto, anche in casi antichi, dei miglioramenti indiscutibili. Le centinaia di punture lombari eseguite in tali condizioni hanno permesso di constatare, abitualmente, una reazione citologica debole o nulla, albumina e cloruri normali, aumento costante del glucosio, reazione di Bordet-Wassermann negativa.

L'azione delle solanacee e dei loro estratti dà risultati poco soddisfacenti nei casi in cui la contrazione piramidale è più forte dell'ipertonia posturale, e si esagera per azione della scopolamina, che allora non è indicata.

A. PICCINELLI.

Neuro-mielite ottica necrotica acuta con crisi toniche tetanoidi.

(GUILLAIN, ALAJOUANINE, BERTRAND, GARCIN. *Annal. de Méd.* giugno 1928).

Si osservano talora dei malati che presentano dei disturbi paralitici degli arti, associati a dei disturbi oculari amaurotici; questi casi clinici sono stati designati sotto il nome di neuro-mielite ottica acuta. In alcuni recenti lavori si è tentato di inglobare questi fatti nel quadro della encefalite epidemica. Gli AA. hanno già in altra sede protestato contro questa erronea tendenza. Essi riportano ora in dettaglio un'interessante osservazione che può così brevemente riassumersi: una donna di 41 anni è presa brutalmente da dolori radicolari che preludiano alla costituzione di una paraplegia completa con disturbi sfinterici. In qualche giorno questa paraplegia retrocede parzialmente, lasciandosi dietro delle stigmate neurologiche d'una mielite acuta diffusa a predominanza poliomielitica, ma il cui focolaio principale siede indubbiamente nella reg. cervicale. Un mese dopo questa fase che gli AA. chiamano fase leuco-poliomielitica, sorgono delle crisi di contrattura pseudo-tetanoide che una analisi minuziosa permette di assimilare a delle crisi di epilessia, Pravois-Jacksoniana. È questa una fase convulsivo-tonica che durerà un mese circa. Qualche giorno dopo la malata perse progressivamente la vista dell'occhio destro, e l'esame oftalmologico svelò una nevrite ottica con rapida atrofia. Ben presto appare una emianopsia temporale sinistra, e la perdita della vista guadagna progressivamente il campo nasale sinistro. In qualche giorno il malato divenne e, d'allora in poi, restò ceco. Queste manifestazioni morbose

iustachiasmatiche caratterizzano la fase amaurotica dell'affezione. Comparve infine una paraplegia flaccida completa con disturbi degli sfinteri ed anestesia assoluta al di sotto della D_2. Ciò si verificò in 24 ore, e costituì l'ultima fase di mielite acuta trasversa, dopo di che il P. morì. Durante tutta la malattia, che durò sei, sette mesi, la temperatura restò sempre al di sopra della norma, con dei massimi di 38°,2; ma la sua curva continua e prolungata, testimoniava la realtà del processo infettivo responsabile dei disturbi trovati.

Ricerche sperimentali: gli AA. ne fecero varie post-mortem, ma tutte furono negative: così fallirono le inoculazioni di sostanza nervosa prelevata dai focolai necrotici e che venne innestata in conigli e in due scimmie antropomorfe. Anche le culture tentate sui più svariati terreni furono negative. L'esame ultramicroscopico non potè mettere in evidenza alcun organismo spirale o granuloso. Purtroppo non avendo altre scimmie a disposizione non si potè fare la inoculazione di prodotti filtrabili.

L'esame anatomo-patologico (che, nell'articolo originale, è meravigliosamente illustrato con bellissime foto e microfotografie) dimostrò in tutta l'estensione dell'asse cerebro-spinale tre focolai necrotici ben delimitati con caratteri tattile e visivo di veri rammollimenti. Questi focolai avevano la seguente topografia: 1) lesione necrotica quasi confluente di tutto il midollo dorsale da D_1 a D_8; 2) focolaio della regione sottoottica destra, che raggiungevà la regione temporale del sistema peduncolare e s'irradiava in dentro nella zona incerta, nel fascio lenticolare di Forrel e l'estremità posteriore del corpo del Luys; in fuori questo focolaio raggiungeva il segmento interno della bandelletta ottica un po' prima del suo termine nel corpo genicolato esterno; 3) focolaio chiasmatico rigorosamente simmetrico e strettamente limitato al chiasma.

L'esame istologico di questi focolai mostrava una demielinizzazione intensa assai variabile da un focolaio a un altro. La natura della disintegrazione mielinica permetteva di eliminare senza discussione la siringomielia, la sclerosi a placche così come la mielite luetica. Ciò che dominava era il carattere assolutamente distruttivo delle lesioni; tutto era distrutto: mielina, cilindrassili fino allo scheletro fibro-nevroglico.

Gli AA. si domandano poi in quale forma sia possibile inquadrare queste lesioni sopra descritte. Essi escludono una ad una le principali possibilità: infatti la *sifilide midollare* è estremamente polimorfa, e nelle forme acute può produrre delle vere zone necrotiche, focolai irregolari in cui tutti gli elementi nervosi e interstiziali sono completamente distrutti; ma si constata sempre una importante lesione vascolare, endo o mesoarterite, che in parte è la causa del focolaio mielomalacico.

La sclerosi a placche: lede profondamente gli elementi nervosi, la mielina subisce l'attacco più grave. I caratteri principali delle lesioni in questa malattia sono: il carattere periassile delle lesioni, il mancare di topografia fascicolare o cordonale; la frequente vicinanza ai vasi, all'ependima od alla meninge molle; l'assenza o la poca intensità delle degenerazioni secondarie, il risparmio costante della trama interstiziale connettivo-nevroglica.

La mielite necrotica subacuta di Foix e Alajouanine presenta una endo-meso-vascularite a bulbo di cipolla che non si trova che in questa forma.

L'encefalite epidemica è considerata da certi AA. come la causa della neuromielite ottica acuta. Ma l'encefalite malgrado la sua predominanza encefalica è essenzialmente un processo diffuso, colpisce sopratutto gli elementi neuroganglionari. Diffusione e superficialità sono i caratteri fondamentali delle sue lesioni.

Il caso in esame si differenzia senza alcun dubbio da tutte queste forme passate in rivista: per la natura del processo e per la sede delle lesioni il caso si ravvicina al quadro della neuromielite ottica acuta, ma se ne differenzia perchè le lesioni sono più necrotiche e non hanno un carattere così nettamente infiammatorio. Gli AA. propongono per questo processo necrotico il nome di neuro-mielite ottica necrotica acuta.

Dopo ampia discussione delle relazioni possibili tra questa forma e quelle simili sopra ricordate gli AA. attirano la attenzione sul fatto che questa gravissima infezione dei centri nervosi, tale da provocare lesioni necrotiche diffuse, non determinò notevoli alterazioni del liquor. Dopo uno studio dei principali dati ricavabili dalla letteratura concludono che nella neuro-mielite ottica acuta si può talora constatare una certa ipertensione, l'iperalbuminosi, la linfocitosi, la dissociazione albumino-citologica; mentre la R. Wassermann, e la R. del Benzoino colloidale furono sempre trovate negative.

Dopo aver discusso sulle crisi tetanoidi osservate nel caso in esame, e aver ricordato che la questione della natura del virus della neuromielite ottica acuta resta del tutto finora irrisolta, gli AA. concludono affermando che questo caso a forma necrotica con crisi tetanoidi per i suoi caratteri sintomatici e per le sue lesioni realizza una forma anatomoclinica assai speciale che merita, secondo essi, di venire isolata in nosografia.

L. TONELLI.

CARDIOLOGIA.

Malattie non valvolari croniche del cuore.

(H. A. CRISTIAN. *Journ. am. med. ass.*, 25 ag. 1928).

Uno dei gruppi più interessanti di pazienti con disturbi cardiaci è quello in cui l'esame non rivela nessuna alterazione dell'endocardio o del pericardio. Tali pazienti hanno il cuore di grandezza normale od ingrandito; le valvole non mostrano nessuna anormalità, salvo una certa dilatazione dell'anello valvolare; anche per il miocardio, vi sono casi in cui l'esame non mostra nessuna alterazione, pur trattandosi di pazienti che sono morti con evidenti segni di insufficienza cardiaca. Questi casi possono essere compresi sotto la classificazione di malattie croniche non valvolari del cuore, in opposizione a quelle valvolari ed escluse le forme di pericardite cronica.

Le eventuali lesioni che si possono avere in questi cuori sono: una certa degenerazione, probabilmente soltanto incidentale e senza rapporto causale con la produzione della primitiva inefficienza cardiaca; la presenza di piccoli focolai di infiltrazione con linfociti e cellule plasmatiche, a distribuzione generalmente perivascolare. Meno frequente è la fibrosi diffusa (una vera miocardite cronica, con lesioni definite della fibra muscolare — atrofia o scomparsa —) oppure localizzata (infarto cardiaco guarito). Manca, ad ogni modo, qualsiasi nozione sulla genesi di tali alterazioni fibrotiche; raramente la sifilide è in causa.

In molti altri casi, poi, non vi sono altre lesioni dimostrabili, salvo l'ipertrofia.

La maggior parte di questi pazienti ha oltre 40 anni; essi non presentano, in vita, i segni di malattia valvolare, ma quelli di inefficienza del muscolo e, appunto per il fatto della mancanza di lesioni anatomiche, è a ritenersi che i disturbi siano di origine funzionale anzichè anatomica, od almeno di natura tale che i nostri mezzi attuali non riescono a scoprire.

Anche l'esame del cuore è generalmente negativo o quasi; lo stesso elettrocardiogramma è normale o mostra soltanto qualche insignificante aritmia.

Tenuto conto che il cuore è un muscolo che lavora senza cessa, si potrebbe pensare che l'affaticamento si presentasse con una certa frequenza; invece così non è, a meno che non si tratti di un lavoro eccessivo. Talvolta gli atleti mostrano i segni di un affaticamento, il che li costringe ad abbandonare la loro carriera; secondo Mackenzie, ciò avviene perchè il rifornimento in sangue è insufficiente per un tale lavoro eccessivo.

L'affaticamento del miocardio si ha, invece, come conseguenza di infezioni o di malattie debilitanti. È probabile che il processo morboso provochi nel miocardio delle alterazioni che noi non riusciamo a riconoscere o che vi siano dei disturbi vasomotori periferici, che ostacolano la circolazione. Ad ogni modo, anche in questo caso, non si può parlare di stanchezza del miocardio.

LA STANCHEZZA DEL MIOCARDIO.

Vi sono poi pazienti che, in ogni età, si lamentano di grande stanchezza o di palpitazioni in seguito a lavoro anche leggero; essi hanno i così detti cuori flosci (*floppy hearts*). Non hanno dispnea, ma risentono sensazioni sgradevoli connesse col respiro; spesso sono sensibili alla pressione nella regione dell'apice cardiaco. All'esame, si trova un cuore di grandezza normale; i toni sono normali ed hanno soltanto un carattere aspro. La frequenza dei battiti è aumentata e si avvertono delle extrasistoli, talora poche, tal'altra frequenti. Non vi sono segni di insufficienza circolatoria periferica, non edemi, nè congestioni passive. I disturbi e le condizioni di questi pazienti sono quelli della così detta astenia cardiovascolare, soltanto che questa è di difficile guarigione, mentre i disturbi di tali pazienti sono di solito passeggeri. Quello che basta generalmente in questi casi è di fare riposare e di rassicurare i pazienti.

Forse il disturbo può risiedere nella circolazione periferica, ma l'A. ritiene che vi entrino in buona parte la stanchezza del miocardio e l'irritabilità del sistema neuromiocardico. La stanchezza del miocardio è una denominazione utile anche perchè fa capire al paziente quale sia la parte più importante della cura: il riposo e, più tardi, un graduale ritorno all'attività fisica normale. L'importante si è di ricordare che tali pazienti non hanno una malattia cardiaca seria e che, anzi, non si deve affatto dir loro che hanno una malattia di cuore, poichè altrimenti, si creano delle preoccupazioni che li mettono in uno stato di semi-invalidità, mentre si vede che essi possono sopportare gravi operazioni chirurgiche e superare gravi malattie senza disturbi circolatori.

I pazienti con soli disturbi miocardici possono essere collocati in una serie, in cui ad un estremo si trovano quelli di cui sopra si è parlato con la sola stanchezza del miocardio e, all'altro estremo i pazienti con vera miocardite cronica, cioè la fibrosi del miocardio. Questa è relativamente rara e, clinicamente, non distinguibile dalla semplice ipertrofia del muscolo. Fra questi, si trova un numeroso gruppo di pazienti, che non si trovano in buone condizioni cardiache. Si tratta per lo più di individui oltre i 40 anni, in cui il segno

più evidente è l'aumento di volume, spesso notevole, del cuore. All'autopsia, si rileva che il miocardio è normale sia macro- che microscopicamente.

L'INSUFFICIENZA MIOCARDICA.

La ragione per cui tale cuore ipertrofico mostra una funzione deficiente è, malgrado molte teorie, tuttora ignota. Non è facile la denominazione esatta di questo stato. L'A. ha proposto quella di insufficienza miocardica, sebbene anche questa non sia soddisfacente perchè non divide questi casi da quelli di stanchezza del miocardio, nè da quelli con malattia valvolare in cui la principale causa di scompenso è l'insufficienza del miocardio. Del resto, il nome non importa, purchè si comprenda che si tratta di casi in cui il disturbo miocardico è la causa primaria della disfunzione cardiaca e che vi mancano lesioni valvolari, pericardiche e coronariche. Si sente spesso, in questi casi, un soffio sistolico di tonalità bassa, ma non si deve parlare di insufficienza mitralica, poichè non si tratta che di una semplice dilatazione dell'anello mitralico.

Il fatto che molti di tali pazienti hanno oltrepassato i 40 anni suggerisce l'idea che le cause principali siano da ricercarsi in processi degenerativi d'indole senile. Spesso, ma non sempre, si hanno segni di ipertensione o di arteriosclerosi. Per quanto si può giudicare dalle statistiche, le malattie infettive antecedenti non sono più frequenti in questi individui che in altri senza disturbi cardiaci. Il fatto, però, che spesso si trovi un'infezione pneumonica antecedente, suggerisce l'idea che vi sia un qualche nesso causale. Forse, la forma descritta come stanchezza del miocardio non è che un grado lieve della insufficienza del miocardio ed una linea di divisione fra esse potrebbe essere stabilita dalla presenza di ipertrofia cardiaca. Questa potrebbe essere l'inizio della malattia cardiaca grave e costituirebbe il principio di eventi che, se non intervengono altre cause a troncare la vita, finiscono con lo scompenso cardiaco. Se così fosse, e l'esperienza clinica dell'A. lo conferma, l'ipertrofia cardiaca non sarebbe mai da considerarsi come un processo benigno ed una volta manifestatasi, andrebbe considerata come indizio di una lesione cardiaca, di cui il progresso può essere ritardato, ma non impedito.

L'aritmia cardiaca può accelerare, ma non iniziare questo tipo di insufficienza miocardica. Vi sono molti pazienti in cui, malgrado sintomi e segni evidenti di scompenso cardiaco, magari fino al momento della morte, il ritmo cardiaco rimane regolare e l'elettrocardiogramma non mostra altro che una certa preponderanza del cuore destro o sinistro.

Questi casi presentano spesso difficili problemi diagnostici, specialmente quando il torace stretto od i polmoni enfisematosi rendono malagevole la determinazione della grandezza del cuore. Spesso tali pazienti, se soffrono dispnea di tipo parossistico, sono ritenuti per asmatici; per altri, con tosse notevole, si pensa a bronchite cronica; in altri, con edemi estesi, si fa diagnosi di nefrite, tanto più che l'urina è scarsa e contiene molta albumina e cilindri di ogni specie e la diagnosi sembra confermata dalla diminuzione di escrezione della fenolsulfonftaleina e dall'aumento dell'urea sanguigna. Si deve tener presente che in questi pazienti la dilatazione cardiaca può essere la sola evidenza della malattia cardiaca e che i soffi sono assenti o se vi sono, si tratta di solo soffio sistolico, che può essere anche avvertito in cuori normali.

LA DIGITALE IN TERAPIA.

In questi pazienti, la prova terapeutica con la digitale a dosi giuste rischiara la diagnosi e toglie ogni dubbio. In quelli con edema, è consigliabile l'aggiunta di diuretici, quali la teofillina (teocina) od il merbaphen (novasurol). La pronta e copiosa diuresi che ne consegue dimostra la buona funzionalità renale, confermata anche dalla grande diminuzione dell'albumina e dei cilindri e dalla diminuzione dell'urea sanguigna.

La terapia, in questo gruppo di pazienti, è soddisfacente. Certamente, rimane tuttora inesplicabile il buon effetto della digitale, pure non avendosi affatto fibrillazione auricolare, ma forse è questa una ragione di più per dimostrare erroneo il postulato che la digitale agisca soltanto in presenza di fibrillazione auricolare.

Un'altra idea comune in fatto di pazienti con miocardite, si è che la digitale non può essere loro data perchè aumenta il lavoro del muscolo cardiaco ed il muscolo malato sarebbe danneggiato dalla digitale. Dopo avere somministrato questa, anche in dosi elevate a pazienti con miocardite, l'A. si è convinto che i fatti non sono a sostegno di questa idea. Il cuore può essere troppo malato per rispondere alla digitale, ed a tale stadio tutti i cardiaci arrivano, ma ciò non significa affatto che la digitale sia dannosa, a dosi terapeutiche.

Il tipo di cuore, in cui la digitale non provoca alcuna modificazione saliente, nelle funzioni, è il cuore normale per grandezza, per i toni, per la funzionalità. È questo l'esempio più tipico in cui non deve usarsi la digitale, non perchè sia dannosa, ma perchè inutile. I pazienti, che l'A. ha classificato come affetti da stanchezza miocardica, appartengono a questa classe, eppure, spesso si vedono tali individui sottoposti alla somministrazione giornaliera di 5 gocce di tintura di digitale. Altri, invece, ne prendono piccole dosi

quando sentono che il loro cuore « va male » e ne risentono un immediato beneficio, il che dimostra che la digitale agisce, in tali casi, direttamente sulla psiche.

A sua volta, il medico, che ha commesso il primo errore di diagnosticare in tali pazienti una malattia cardiaca è scusabile di continuare nella terapia digitalica; egli pensa, forse, che queste minime dosi influiscano sul cuore, come uno stimolante cardiaco.

IL CUORE DA TIROIDE.

Vi è una forma di miocardite cronica, che può essere separata secondo un concetto eziologico, ed è quella consecutiva all'ipertiroidismo. Il trattamento precoce di questo previene la comparsa della miocardite. Anche se si sviluppa la fibrillazione auricolare, il ritmo può farsi ritornare normale con la tiroidectomia parziale; in tali condizioni, la cura jodica, seguita da tiroidectomia parziale sono più efficaci che la digitale, sebbene di questa si possa sentire il bisogno nei giorni che precedono e che seguono l'operazione. Sono altresì da menzionarsi quei rari casi, in cui la deficienza tiroidea può condurre ad ipertrofia e ad insufficienza cardiaca; in questi, la somministrazione di estratto tiroideo può essere assai utile.

Eccettuate queste due forme, la medicina preventiva può fare ben poco nei pazienti con una malattia miocardica. La cura o la prevenzione dell'ipertensione e dell'arteriosclerosi possono avere una certa importanza nella prevenzione della miocardite conseguente e così pure il trattamento antiluetico, sebbene la sifilide sia raramente in causa.

LA DILATAZIONE CARDIACA.

In tutto quanto si è detto sopra, non si è mai parlato di dilatazione cardiaca. Spesso si sente dire che a un paziente è intervenuta l'insufficienza cardiaca, in conseguenza di una dilatazione acuta del cuore. Ora, in tali casi, lo studio radiologico dimostra, se non un impicciolimento, certamente la mancanza di dilatazione. Il cuore ipertrofico ha cavità ingrandite, ed in questo senso è dilatato; si ha dunque contemporaneamente dilatazione da ipertrofia, con o senza insufficienza, ma è assai dubbio che la causa di questa possa ricercarsi nella dilatazione.

La dilatazione cardiaca, non associata all'ipertrofia, può aversi ma è molto rara; l'A. non ne ha mai veduto un caso. È tuttora ignota la parte che può avere la dilatazione nel meccanismo del progressivo ingrandimento del cuore e quanto essa contribuisca alla susseguente insufficienza. È probabile che essa vi contribuisca insieme ad altri fattori e che il cuore, una volta che incomincia ad ingrandirsi abbia già iniziato delle modificazioni tali che progrediscono regolarmente fino alla condizione di scompenso.

Tutto questo mette in rilievo la grande importanza del miocardio nelle funzioni cardiache. Anche senza lesioni del pericardio e dell'endocardio, comprese le valvole, il miocardio è responsabile dei sintomi di insufficienza cardiaca di molti pazienti, anche se esso sembra ben nutrito e privo di degenerazione od infiammazione evidenti. L'insufficienza miocardica cronica o miocardite cronica è una malattia molto seria, che rende invalido il paziente e che, con la stanchezza miocardica, è la causa dei sintomi cardiaci in molti pazienti cardiaci.

A. FILIPPINI.

SEMEIOTICA.

La risonanza plessica delle regioni sottorenali.

(SACCHETTO I. *Gazz. degli Osped. e d. Clinic.*, n. 21, 20 maggio 1928).

B. Vasoin nel 1922 segnalava un sintoma nuovo che per la sua costante comparsa nelle peritoniti tubercolari, in tutte le sue varietà avrebbe avuto un alto valore diagnostico. Questo sintoma consiste nel rilievo di un suono timpanico alla percussione delle regioni sottorenali in vicinanza della colonna vertebrale, in posizione seduta; mentre in soggetti normali si ricava un suono ottuso che si mantiene procedendo dall'alto al basso.

L'A. ha ripreso lo studio di questo argomento venendo ai seguenti risultati: 1) in individui normali di varia età e sesso la risuonanza è nella grandissima maggioranza dei casi decisamente ottusa. In alcuni rari pazienti si può, in alcune ore del giorno, e *mai bilateralmente*, mettere in evidenza un suono lievemente ipofonetico con carattere di subtimpanismo; 2) nelle donne in stato di gravidanza si notò che una vera risonanza timpanica o subtimpanica unilaterale non era affatto rara. Si rilevò però che esso non era mai costante, e specie nei casi in cui il timpanismo era bilaterale, nel tempo massimo di una giornata si constatava sempre il ritorno alla ottusità in uno dei due lati o più spesso in entrambi; 3) qualcosa di simile si osservò in molti malati dai più varii processi addominali: cirrosi epatica; epato- e splenomegalie di origine cardiaca, renale, o infettiva o indefinita; tumori dello stomaco, intestino, rene ecc. In queste forme morbose il più delle volte si trova ottusità bilaterale: qualche rara volta, transitoriamente, timpanismo da un solo lato; rarissimamente e per dati periodi di tempo timpanismo o subtimpanismo da ambo i lati della colonna vertebrale;

4) nella peritonite tubercolare, il timpanismo si rivela nelle regioni sottorenali con tale frequenza quale non si ha mai in altri casi. Tale timpanismo è schietto, facilmente rilevabile sia alla percussione forte che debole ed è nella grande maggioranza dei casi bilaterale, può rilevarsi in qualunque periodo del decorso, e in qualunque forma della malattia.

Secondo l'A. però non sarebbe veramente sempre costante, nè bilaterale.

Semiogenesi: quale è la causa di tali modificazioni percussorie? Vasoin che studiò minutamente ciò mette in discussione quattro fattori principali: 1) lo stato delle pareti addominali posteriori; 2) l'innalzamento della massa intestinale che si ha per l'essudato che tende a raccogliersi in basso; 3) l'ispessimento del peritoneo che richiama maggior risonanza della cassa; 4) lo addossamento della massa intestinale alla colonna vertebrale per retrazione dell'epiploon e mesenteri ispessiti e retratti.

Egli ritenne, concludendo, che la causa del timpanismo nella peritonite tbc. dovesse essere data dall'associarsi del terzo e quarto elemento, cioè dalla nuova posizione assunta dall'intestino in una con l'ispessimento del peritoneo.

L'A. dopo ampia discussione ammette questa conclusione del Vasoin; mentre spiega i casi rari in cui si ha ottusità invece di timpanismo, con le vedute del Queirolo secondo cui sarebbe ciò dovuto ad anse piene di liquido o di solido, e con quelle di Muller che lo attribuisce a anse contratte e vuote. Si dovrebbe a volta a volta indagare per vedere quale delle due spiegazioni sia nel caso specifico applicabile.

L'A. conclude per il notevole valore diagnostico del segno di Voisin nella peritonite tbc. sebbene possa riscontrarsi anche in altri casi.

L. TONELLI.

Radiografia dell'ascesso perinefritico.

(EDWIN BEER. *Journal d'Urologie Médicale et Chirurgicale*, febbraio 1928).

L'A. avendo consultato un gran numero di radiografie di casi di ascesso perinefritico, ha notato la presenza di due segni, *che associati* possono avere una grande importanza diagnostica. Essi sono:

1) una deviazione della colonna vertebrale con concavità rivolta verso il lato malato;

2) l'oscuramento del margine esterno del muscolo psoas del lato malato.

Per aver valore diagnostico questi due segni debbono coesistere nello stesso momento; in questo caso riescono di grandissimo aiuto alla diagnosi.

V. LOZZI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

PAUL LAZARUS. *Handbuch der Gesamten Strahlen heilkunde Biologie Pathologie und Therapie.* München, Bergmann, 1928, II volume, puntate I-II. Marchi 49.

Del II volume appaiono oggi alla luce le due prime puntate che seguono a breve distanza la pubblicazione del I volume. Queste due prime puntate rappresentano più che la metà del II volume: il I volume trattava della fisica, chimica, biologia e patologia delle radiazioni: il II volume tratta sulla metodica terapeutica e dell'impiego delle radiazioni, nelle varie malattie.

Anche questo secondo volume è composto di singoli capitoli scritti dai principali cultori di radiologia: Holthusen, Schwarz, Rollier, Wintz, Holfelder ecc. hanno scritto i capitoli sulla metodica in genere; Belot, Degrais il capitolo sulla radioterapia nelle malattie oculari; Seitz, Seuffert, Lahm il capitolo riguardante le malattie ginecologiche; Forsell, Jungling, Wintz ecc. il capitolo sui tumori: le ultime puntate saranno dedicate alle malattie chirurgiche e alla medicina interna a proposito della quale il capitolo della radioterapia sulle malattie infettive è stato scritto da Milani e Meldolesi per preghiera di Lazarus.

Anche questo II volume si presenta sotto una ricca veste tipografica e corredato di numerose figure e schemi.

E. MILANI.

KRAUSE. *Handbuch der Roentgentherapie.* III Teilband. Thieme, editore. Lipsia, 1928, pag. 730. Marchi 56.

Con questo III volume si chiude il trattato pubblicato sotto gli auspici di Krause. Essenzialmente questo volume — a parte un capitolo sulla cura X nelle malattie oculari, nelle malattie dei bambini, e un capitolo sulle alterazioni da raggi X — è tutto rivolto alla trattazione della cura radiologica delle malattie degli organi interni e alla cura dei tumori.

La letteratura radiologica tedesca e la letteratura radiologica in genere si arricchisce così di un nuovo trattato, che può competere con quelli pubblicati recentemente: la letteratura è in gran parte aggiornata e i nomi italiani cominciano anche essi finalmente a comparire.

Kaeding ha scritto il capitolo sulla radioterapia nelle malattie del sistema nervoso centrale e periferico; Krause nelle malattie del sistema endocrino; Kruchen nelle malattie del cuore e dei vasi

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

e nelle malattie polmonari; Krause nelle malattie del sangue e nelle malattie infettive, ecc. Holfelder ha scritto l'intero capitolo sulla radioterapia nelle malattie chirurgiche e specialmente sui tumori.

Se la parte tecnica è largamente documentata, il libro ha una visione essenzialmente clinica e non è destinato al solo specialista radiologo ma al clinico in genere il quale troverà nel libro — spogliato di tutta la parte storica che è appena accennata — le prove della efficacia della radioterapia in una lunga serie di affezioni.

E. MILANI.

E. e H. BIANCANI. *Les Rayons Ultraviolettes.* Gauthier-Villars, edit. Parigi, 1928, pag. 203. Fr. 10.

Questo nuovo volumetto della collezione delle attualità fisioterapiche pubblicata sotto la direzione del dott. Duhem, ha anche esso come i precedenti volumetti sulla diatermia, sulla radioterapia ecc. lo scopo di far meglio conoscere e far meglio apprezzare fra i medici l'insieme delle risorse che si possono domandare alla fisioterapia.

Pur nella sua piccola mole il volumetto riuscirà di grande utilità a coloro che volendo conoscere l'attinoterapia, non vogliono ricorrere a trattati voluminosi.

Il libro è diviso in due parti: fisica, chimica e fisiologia dei raggi ultravioletti: azione terapeutica dei raggi ultravioletti. Dopo avere parlato dei limiti dell'ultravioletto, dell'emissione e dell'assorbimento dell'ultravioletto, dei metodi di analisi e delle misure dell'U. V. gli AA. passano a descrivere i fenomeni fotoelettrici, i fenomeni di fluorescenza, i fenomeni foto chimici per passare allo studio dell'azione biologica dell'U. V. (reazioni cellulari, reazioni cutanee, azione sull'occhio, reazioni sanguigne, azione sullo sviluppo). Descritti gli apparecchi e la tecnica della irradiazione più della metà del volumetto è impiegata a studiare l'azione dei raggi U. V. sulle varie malattie: dalle malattie dei bambini, alla tubercolosi, ecc. passando in rassegna breve e succosa le varie malattie che possono trarre giovamento dalla cura.

E. MILANI.

F. WOLFERS. *Eléments de la physique des Rayons X.* Libreria Hermann. Parigi, 1928. Fr. 25.

Il libro che vuole essere una introduzione alla radiologia medica e allo studio generale delle radiazioni ha tratto origine da una serie di conferenze fatte sotto gli auspici di Achard nel Laboratorio di Radiologia della Facoltà Medica all'Ospedale Beaujon.

Si tratta in tutto di 6 conferenze: la radioterapia profonda, diffrazione e spettri da raggi X, emissioni secondarie, assorbimento, metodi di tecnica, elettroni e tubi da raggi X.

Wolfers dottore in scienze ha profuso largamente formule nel suo libro che pertanto è destinato allo specialista in modo essenziale: tuttavia alle considerazioni teoriche seguono quasi sempre le deduzioni pratiche il che naturalmente rende più accessibile il libro nel quale la maggioranza dei problemi è risolta da un punto di vista essenzialmente speculativo.

È un libro che si raccomanda specialmente allo specialista in buona compagnia con quello recente di De Broglie.

L. SFORZA.

DUHEM. *L'électro-diagnostic.* Pubbl. delle « Attualità Fisioterapiche ». Gauthier-Villars, ed. Parigi, 1928, p. 132. Fr. 25.

Questo piccolo volume, chiaramente e succintamente compilato dal Duhem, si aggiunge agli altri volumetti della collezione: esso appare tanto più interessante in quanto è la prima volta che un lavoro sintetico sull'argomento vede la luce e in un modo così semplice e alla portata del medico pratico.

Nella prima parte del libro sono descritti i vecchi metodi dell'esame elettrodiagnostico galvanico e faradico e il valore della reazione degenerativa; nella seconda parte i metodi più recenti della ricerca della *cronassia* (nozione della cronassia; ricerche e misure sulla cronassia; considerazioni fisiologiche risultanti dalla misura della cronassia; la cronassia in patologia). L'ultima parte del libro è dedicata all'analisi delle reazioni elettriche nelle affezioni del sistema nervoso centrale e periferico e nelle miopatie. Alcune tavole fuori testo dei punti motori sono un buon complemento al libro per la loro chiarezza.

E. MILANI.

W. VIGUAL. *Electrothérapie.* Editori Doin e C., Parigi. Prezzo Fr. 32.

Questo volume che l'A. dedica ai medici pratici ben raggiunge lo scopo di dare nozioni precise sull'elettrofisiologia esponendo chiaramente: 1) l'azione delle correnti elettriche sull'organismo secondo le più recenti acquisizioni della scienza; 2) l'indicazione, la tecnica ed i risultati dell'elettroterapia in ciascuna affezione ed in ciascun caso particolare; 3) i princìpi e la pratica dell'elettrodiagnostica.

Il libro è scritto con chiarezza e precisione, è illustrato da numerose figure che rendono più facile l'intelligenza del testo.

DR.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica della Romagna.

Seduta del 21 ottobre 1928.
Presidenza: Prof. S. SOLIERI.

Produzione di neoformazioni ossee su cicatrici operatorie.

GINNASI A. (Faenza). — L'O. riporta 4 casi di operati che presentarono una ossificazione parziale della cicatrice operatoria, portando così a 38 il totale dei casi noti nella letteratura. L'O. ritiene ohe tali neoformazioni debbano attribuirsi a semina di germi cartilaginei sulla sutura più che a trasformazione del tessuto connettivo in osseo, tanto più che l'ossificazione è stata riscontrata nella grandissima maggioranza dei casi su cicatrici sottoxifoidee e soprapubiche.

Il problema della sensibilità viscerale.

LUNEDEI A. (Firenze). — Non è possibile riassumere questa comunicazione, la quale verrà prossimamente stampata per esteso.

Intorno ad alcuni casi di frenico-exeresi.

CAVINA G. (Cesena). — Presenta alcuni operati di frenicoexeresi per tubercolosi polmonare con risultati immediati e tardivi assai soddisfacenti. Afferma che la frenicectomia deve attualmente considerarsi come un mezzo di cura palliativa della tubercolosi polmonare, indicato sopratutto in quei casi, in cui non sia possibile per aderenze pleuriche istituire il pneumotorace artificiale.

MONDOLFO E. (Cesena). — L'O. osserva che, oltre alla immobilizzazione del polmone, devesi considerare la riduzione della circolazione sanguigna e linfatica, ond'è diminuito il riassorbimento delle tossine tubercolari.

Linfogranuloma maligno a sede mediastinica.

CAVINA G. (Cesena). — Presenta una malata poco più che trentenne, affetta da circa un anno e mezzo da una non comune forma di linfogranuloma mediastinico. Inizialmente la malattia si manifestò con prurito cutaneo, accessi di tosse secca e stizzosa, disfagia, leggera febbricola, astenia, deperimento grave. Accolta l'I. in Ospedale nell'ottobre 1927, fu riscontrato un modico sollevamento dello sterno, ipofonesi retrosternale, rumore laringo-tracheale; assenza di adenopatie visibili e palpabili. Cutireazione positiva. Leucocitosi neutrofila, linfocitopenia. La radiografia del torace mise in evidenza una cospicua ombra mediastinica, la quale per effetto di alcune applicazioni di raggi Röntgen praticate nel dicembre 1927, scomparve rapidamente e durevolmente, mentre si dileguarono i fenomeni di compressione mediastinica e migliorarono notevolmente le condizioni generali.

In seguito però, ad un anno quasi di distanza dall'esordio del male, apparvero alcuni gangli ingrossati alle regioni ascellari. Una biopsia permise di precisare il diagnostico di linfogranulomatosi di Paltauf-Sternberg.

Attualmente l'inferma, pur attraversando un periodo di relativo benessere, è tormentata da un ribelle prurito cutaneo e da fierissimi dolori accessuali alla fossa iliaca destra e alla coscia destra, senza che si possa trovarne la causa nè in una adenopatia retroperitoneale, nè in eventuali alterazioni del rachide.

L'ingestione di fragole riacutizzerebbe le forme blenorragiche.

LAMA A. (Faenza). — L'O. vorrebbe aggiungere fra le sostanze attivatrici, direttamente o secondariamente, dell'attività del gonococco una non ancora descritta sostanza che è nelle fragole. E corrobora la sua osservazione per i dati che ha osservato che in molti casi forme blenorragiche torpide, croniche e subacute, si riacutizzano dopo abbondante ingestione di fragole.

L'azione sarebbe dovuta ai *terpeni* contenuti nelle fragole, i quali indebolirebbero la mucosa ed esalterebbero i germi.

Azione efficace della elio-terapia sulla "sudamina,,.

LAMA A. (Faenza). — Mentre in estate si osservano nelle città molti casi di sudamina, al mare fra i bagnanti non se ne vede affatto.

Da ciò l'esperimentazione della elioterapia quale cura della sudamina.

Fatta la descrizione delle biopsie eseguite da vari autori che hanno studiato la sudamina, descrive le modificazioni macroscopiche successive alla cura, che svuota le ghiandole sudoripare sturandole dalla ostruzione anomala e cioè dice che la cute diventa liscia, lucente e per il seguito ben trasparente e non più pruriginosa.

Il Segretario: Dott. PAOLO GALLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

I fattori dell'accrescimento.

Nei primi mesi di vita l'accrescimento costituisce la base principale dello sviluppo individuale.

Benoist (*Journ. méd. franç.* maggio 1928) riferisce il peso del bambino appena nato, e le modificazioni che subisce nei giorni successivi, messi in rapporto con lo sviluppo in altezza. In ogni modo il rapporto P:A nel lattante non conserva alcun parallelismo; il Piguet ha stabilito il seguente coefficiente di robustezza. Altezza — (Peso + Circ. tor. insp. + circ. tor. esp.): 2 = 12 ad un anno, 18 a due anni.

Lo sviluppo della dentizione è un indice del buon accrescimento del bambino.

Gli organi di senso compaiono molto presto; dopo 48 ore il neonato percepisce i suoni; dopo 3 settimane comincia a fissare gli oggetti; il gusto compare al secondo mese, il tatto a 7-8 mesi.

Il linguaggio compare dopo il 5° mese, con la pronunzia di qualche parola senza significato; dopo l'anno comincia a comprenderne il significato.

La prima infanzia va dalla nascita alla fine della prima dentizione; la seconda infanzia è compresa tra questa e l'inizio della seconda dentizione, cioè fino al sesto anno; la grande infanzia giunge fino alla pubertà, l'adolescenza giunge fino al termine del periodo di accrescimento, caratterizzato dalla saldatura dei punti di ossificazione del ginocchio.

La pubertà nella donna è caratterizzata dalla comparsa della mestruazione, dalla comparsa dei peli, dallo sviluppo dei seni ecc.

Fino a questo periodo l'accrescimento è prevalentemente osseo; dopo diventa muscolare, per terminare a 23 anni.

I fattori di accrescimento sono molteplici, e dipendono da condizioni familiari — alimentazione, ambiente, igiene — e da condizioni individuali. Queste ultime si possono dividere in due categorie: di origine interna e di origine esterna.

Fattori interni sono da considerarsi la funzione delle ghiandole endocrine, ed il loro sviluppo; principale fra tutte la tiroide, la cui ipofunzione produce nanismo e ritardo nella ossificazione.

Il timo ha una influenza sulla crescita; non è ben chiara l'azione che esercita l'ipofisi ed il pancreas. Le ghiandole genitali si sviluppano in un secondo tempo, e la loro funzione modifica profondamente la morfologia dell'individuo.

I fattori esterni dipendono dagli alimenti, i quali devono fornire per l'accrescimento i sali minerali: il calcio, il fosforo, il potassio ed il magnesio.

Sono necessari anche gli albuminoidi, forniti in quantità sufficiente (18-20 % di proteidi), ed infine le vitamine.

La vitamina A ha importanza per l'accrescimento; si trova nel burro e nell'olio di fegato di merluzzo; la vitamina B assente produce i sintomi delle polinevriti; essa si trova nel torlo d'uovo e nei vegetali ecc.; la vitamina C ha scarsa importanza. Sull'accrescimento influiscono beneficamente la luce ed i raggi ultravioletti.

CARUSI.

CASISTICA.

Le riniti nell'infanzia.

Ne fa una buona trattazione A. Tarsitano (*Il Morgagni*, 12 agosto 1928, n. 33, pag. 1724).

RINITI DEL NEONATO.

Rinite acuta. — Si ha più in autunno ed in inverno per raffreddamento. Si inizia con starnuti ed ipersecrezione nasale, dapprima fluida e trasparente, poi densa ed attaccaticcia; irrita i bordi delle narici e del labbro superiore. Non si ha elevazione di temperatura, e dura 6-9 giorni. Si possono avere forme più gravi in cui il flusso nasale ostruisca le narici ed il bimbo non può succhiare: la respirazione diviene stertorosa, si ha febbre ed insonnia. Alle volte complicazioni (adenoidite, spasmo della glottide, broncopolmonite) e in 4-5 giorni il bambino muore. L'agente etiologico è lo streptococco, che infetta le narici del bambino, mentre questo attraversa le vie genitali. Deve farsi la diagnosi differenziale con la rinite gonococcica e la corizza sifilitica. La prima si ha dopo il 1° giorno con secrezione verdognola e sanguinolenta e concomitante oftalmoblenorrea. Per la forma sifilitica vi sono anche altri sintomi della malattia, compare alla 3ª settimana di cura e non cede alle cure delle riniti comuni. Bisogna disostruire le narici con l'apparecchio di Escat più volte al giorno, specie prima delle poppate. Dopo si istilleranno nelle narici 1-2 gocce di:

soluzione di adrenalina al ‰	gocce V
cloridrato di cocaina	gr. 0.05
acqua distillata	cmc. 10

Poi vaccini antipiogeni o anticatarrali.

Rinite pseudomembranosa. — Notevole ostruzione delle narici con secrezione mucopurulenta, vestibolo nasale arrossato e fissurato. Le pareti delle fosse nasali sono ricoperte da membrane grigiastre piuttosto aderenti, facilmente sanguinanti, e che si riproducono con facilità. Per non

confonderla con una rinite difterica, bisogna esaminare il faringe. Ma non sempre si riscontra il bacillo di Loeffler ed il siero antidifterico non dà buoni risultati. Non si ha febbre; ma il neonato è pallido, ha inappetenza ed è intossicato. Sintomo predominante è l'ostruzione nasale.

Brindeau consiglia il siero antidifterico, altri l'antistreptococcico. Istillazioni locali di olio gomenolato con resorcina.

Rinite gonococcica. — Appare il giorno dopo la nascita. È accompagnata da congiuntivite gonococcica. Si ha pertinace ostruzione nasale, deperimento del neonato, che non può alimentarsi. Complicazioni bronchiali e polmonari. Flusso nasale abbondante, verdognolo, sanguinolente, infiammazione della cute attorno alle narici. Durata da 1 a 2 mesi, prognosi grave, quando non si cura a tempo. Cura profilattica: istillazione di protargolo all'1 %; come cura istillazioni di protargolo all'1 % due volte al giorno dopo avere aspirato la secrezione nasale.

RINITI DEI LATTANTI.

Rinite acuta. — È uguale a quella del neonato.

Rinite sifilitica. — Compare tra la 4ª o 5ª settimana; mai prima dei 15 giorni nè dopo i 6 mesi. Notevole ostruzione nasale, respirazione sibilante. Nelle fosse nasali vi è dell'essudato prima sieroso e poi mucopurulento, verdognolo, fetido, all'entrata delle narici si formano delle croste verdognole facilmente sanguinanti, con guarigione con cicatrici retratte. La mucosa nasale è rossa tumefatta, con ulcerazioni superficiali. Il sonno e l'alimentazione vengono turbati. Si hanno come complicazioni: adenopatie cervicali, fenomeni meningei, lesioni dello scheletro del naso. È apiretica ed accompagnata da altre lesioni specifiche. Occorre una cura locale ed una generale. Disostruire le narici, allontanare con vasellina liquida le croste e poi medicarle con pomata all'ossido giallo di mercurio. Per la cura generale arsenico, bismuto e mercurio.

RINITI DEI BAMBINI.

Rinite acuta. — Molto comune, può determinare: otiti, sinusiti, etmoiditi. S'inizia con piccoli brividi, dolori di testa, malessere, febbre (37-38) quindi appare il flusso sieroso bilaterale per cui il bambino respira male e vi si innesta una laringite stridula, alle volte si hanno anche complicazioni renali (ematuria ed albuminuria), alle volte diventa purulenta ed invade il cavo naso-faringeo. Si ha una reazione di tutti i gangli linfatici della regione, e si hanno febbri protratte. All'esame rinoscopico si ha tumefazione e congestione della mucosa dei cornetti e del setto, e le coane sono occupate da mucosità spesse. Alle volte si ha rottura dei capillari superficiali e conseguente epistassi.

Per profilassi bisogna allontanare i bambini da ogni contagio. Se vi sono vegetazioni adenoidi bisogna toglierle. Per cura disostruire e disinfettare le narici. Per il 1° scopo unguenti astringenti (con adrenalina e cocaina) mai mentolo, perchè nei bambini determina degli spasimi. La disinfezione si fa con olio eucaliptolato all'1 %, 3 volte al giorno (6-7 gocce). Vaccinazioni antipiogene e cure generali di jodio e fosforo.

Rinite acuta delle febbri eruttive e delle malattie contagiose. — Essa è quasi sempre la 1ª tappa delle malattie contagiose. La secrezione è prima sierosa e poi purulenta, e alle volte si propaga agli occhi e alle orecchie. Nella grippe è molto frequente. Come cura è uguale alla cura delle comuni riniti, oltre la cura della malattia generale in atto.

Rinite difterica. — È molto frequente e guarisce con 1 o 2 iniezioni di siero antidifterico. Oltre all'ostruzione nasale si ha pallore, inappetenza e febbre (tra 37 e 38) scarsa reazione linfatica. Secrezione nasale sierosanguinolenta, mucopurulenta e fetida, prima uni e poi bilaterale; mucose molto tumefatte, ricoperte da false membrane grigiastre, aderenti, che si riproducono facilmente, se asportate, e sanguinanti. Si trovano nelle due faccie del setto, e all'ingresso delle fosse nasali. Può essere primitiva o secondaria, ad una difterite faringea; si ha una forma protratta di difterite (Concetti); una forma benigna ed una maligna. La prognosi dipende dalla precocità dell'intervento sieroterapico. Per profilassi bisogna isolare i bambini sospetti, preservarli dal freddo e dall'umidità; disinfettare i vestiti e gli oggetti, e ricordarsi che vi sono dei portatori sani di germi.

Cura locale. — Disostruzione, istillazioni di protargolo al 5 %, collargolo, al 2 % o gomenolo al 4 %.

Cura generale. — Anche quando non c'è il bacillo di Loeffler iniezioni massive di siero antidifterico.

Rinite scarlattinosa. — Rara, attacca i bambini della seconda infanzia; si ha una forma purulenta precoce, che comincia al primo o secondo giorno della scarlattina con secrezione sierosa, che poi diventa purulenta ed abbondante. Vestibolo ed ali del naso sono congesti e fissurati, e congesta è anche la cute del labbro superiore. Potendo la secrezione nasale cadere in faringe si propaga l'infiammazione, invadendo la laringe e la trachea, e si hanno broncopolmoniti con fenomeni asfittici: febbre a 40°, polso 140, l'infermo è prostrato. Al 3°-4° giorno può avvenire la morte. Nelle forme non tanto gravi la febbre è

meno alta, la durata è maggiore, ma sono più facili i fenomeni polmonari.

La forma purulenta tardiva della scarlattina appare nel periodo desquamativo, quando la temperatura è scemata, ma se rialza per la rinite si ha scolo purulento dalle narici e dagli occhi, l'angina riappare; ma è più violenta e più dolorosa; si ha una notevole ostruzione nasale con secrezione abbondantissima e tumefazioni delle narici e del labbro superiore. Ha un decorso molto grave, con mortalità alta; la complicanza più grave è l'otite secondaria, con distruzione quasi completa dell'orecchio medio. La rinite scarlattinosa purulenta pseudomembranosa è caratterizzata dall'espulsione di membrane bianco giallastre, che rapidamente si riproducono. È molto grave per sè e per le sue complicanze. Bisogna fare l'aspirazione della secrezione 3-4 volte al giorno, e l'istillazione consecutiva di una goccia di argirolo o di acqua ossigenata e bicarbonato di sodio al 4 % a parti uguali, istillazioni nasali di siero antistreptococcico. L'infezione generale sarà combattuta con i soliti mezzi curativi.

Rinite da corpi estranei. — Nelle riniti da corpi estranei mancano i sintomi generali delle altre riniti: febbre, cefalea, inappetenza ecc. In genere nel meato inferiore vi è il corpo estraneo, che è circondato da una zona infiammatoria, e ricoperto da un essudato grigiastro, alle volte necrotico. Si ha un'ipersecrezione della mucosa pituitaria, che dà luogo ben presto a pus fetido Bisogna decongestionare la mucosa con adrenalina al millesimo, e poi estrarre il corpo estraneo. Nei piccoli occorre la narcosi cloroformica. E fare prima la rinoscopia. Dopo l'estrazione istillazione di protargolo.

Rinite come sintoma di adenoidite. — L'infiammazione acuta delle vegetazioni adenoidi può produrre una rinite sierosa o mucopurulenta, con febbre elevata (39-40), nervosismo, diarrea, ecc. Si ha una notevole ostruzione uni o bilaterale delle narici, con abbondante secrezione mucopurulenta, con reazione dei gangli linfatici, specie della regione sottomascellare. Come complicazioni si possono avere bronchiti, laringiti, otiti ecc. Le pareti e l'ingresso delle fosse nasali sono ricoperte da secrezione giallastra e filamentosa, e la pituitaria è leggermente congesta.

Cura preventiva. — Estirpazione delle vegetazioni adenoidi e disinfezione nasale; riposo a letto, purgante, dieta lattea: istillazioni nasali di gomenolato o eucaliptolo all'1-2 %. Inalazioni.

Rinite traumatica. — Alle volte la rinite può essere dovuta ad ematomi o ascessi del setto, dipendenti da trauma. La mucosa nasale è congesta ed infiltrata, ricoperta da una secrezione sieropurulenta, che cola da entrambe le narici. Se non viene curata subito si ha la necrosi della cartilagine, e l'infossamento del dorso del naso. L'apertura spontanea dell'ascesso è rara, e quindi bisogna intervenire subito: aprire e tamponare le due fosse nasali. Se il processo data da molto tempo si può fare il raschiamento della cavità, e disinfettarla con liquido di Dakin; tamponamento e drenaggio delle fosse nasali per 24 ore, poi cambiamento di esse ogni 24 ore fino a guarigione.

BALDARI.

TERAPIA.

L'ergotamina.

I più recenti lavori riconoscono nella segale cornuta, la presenza di due gruppi simmetrici di alcaloidi; nell'uno, si trova l'ergotinina e l'ergotossina, nell'altro l'ergotaminina e l'ergotamina. Quest'ultima può esistere in natura nella segale cornuta fresca, ma può anche mancare del tutto in alcuni campioni; essa vi coesiste con l'ergotossina. I due altri princìpi attivi si sviluppano, a quanto sembra, nella segale secca. Queste nozioni spiegano le variazioni nell'attività terapeutica della segale cornuta in natura.

L'ergotamina ha due proprietà fondamentali: sulla muscolatura uterina e sulla muscolatura vascolare, che ne fanno un potente emostatico. Sembra che dei risultati interessanti possano ottenersi per la sua azione sul simpatico (R. Levent, *Gaz. des Hôpitaux*, 1 dic. 1928).

In ostetricia, la si usa invece dell'ergotinina, di cui è 300 volte più attiva, naturalmente dopo che si ha l'assoluta certezza che l'utero è completamente vuoto. Quindi, specialmente nelle emorragie del post-partum; in 2-5 minuti si ottengono delle contrazioni ritmiche dell'utero, che provocano un indurimento, il quale dura parecchi giorni. La si dà per iniezioni sottocute o per bocca. È stata usata anche per facilitare la cesarea.

In ginecologia, è consigliata nelle metriti emorragiche post-abortum, nelle emorragie dei fibromi sottomucosi ed in quelle che sono dovute alla metrite iniziale dei neoplasmi.

Le applicazioni mediche riguardano sopratutto la sua azione sul simpatico: il morbo di Basedow (specialmente i casi recenti con predominanza dell'elemento simpatico-tonico), la tachicardia parossistica e contro gli accidenti di iperglicemia, associata con l'insulina nei diabeti insulino-resistenti. Sono stati fatti anche tentativi nelle congestioni polmonari acute, nelle tubercolosi fibrose e chiuse, nelle emicranie premestruali, nell'orticaria, nei pruriti.

In oftalmologia, è stata proposta per il glaucoma semplice.

La si dà per via orale in soluzione (5 cg. in 100 di acqua); la dose abituale è di 15-30 gocce, 2-3 volte al giorno. Si usano anche compresse da 1 mg., 3-6 al giorno. Per via sottocutanea, si usa la soluzione di 1/2 mg. per cmc., introducendone 1/2-1 cmc. al giorno.

L'intolleranza si manifesta con nausee, vomiti, vertigini, che scompaiono col riposo in letto e l'interruzione del trattamento.

fil.

La questione dell'ergotina dal punto di vista delle preparazioni usate in ostetricia e ginecologia.

Da uno studio sperimentale fatto su questo argomento da E. Nelson e G. Pattee (*Am. Journ. of Obst. a. Gyn.*, luglio 1928) risulta che le sostanze attive nell'ergotina e nelle sue preparazioni sono quattro: l'istamina, la tiramina, l'ergotossina e l'ergotamina.

Tutte queste sostanze sono capaci di stimolare l'utero, ma mentre i resultati sono poco probativi o poco soddisfacenti per quanto riguarda la tiramina, l'ergotossina e l'istamina, molto più netti sono ai riguardi dell'ergotamina, la quale dunque rappresenta il costituente più importante dell'ergotina.

È quindi necessario stabilire la presenza di tale alcaloide nelle preparazioni di ergotina usate in ostetricia e ginecologia, scartando quelle che ne risultano prive.

Dalle ricerche degli autori resulterebbe che gli estratti fluidi posti in commercio negli Stati Uniti sono tutti ricchi di ergotamina.

M. FABERI.

Il contenuto degli estratti di lobo posteriore del commercio in sostanza eccitante l'utero.

Esaminando vari preparati del commercio di lobo posteriore dell'ipofisi Schüller e Trendelenburg (*Deutsche med. Wochenscrift*, n. 46, 1928) hanno trovato che in due preparati l'affinità era maggiore di quella segnata; otto preparati avevano una attività corrispondente al titolo segnato, in cinque altri preparati era del 30-50 % maggiore di quello effettivo. È necessario che i preparati di lobo posteriore di ipofisi sieno privi di albumina; su sette preparati esaminati, cinque erano privi, due contenevano albumina. Questi risultati dimostrano come sia necessario migliorare la titolazione dei preparati di lobo posteriore essendosi constatato che alcuni preparati hanno una attività effettiva superiore a quella segnata come titolo; sorge il pericolo di usare a scopo terapeutico dosi che anzichè solo stimolare le contrazioni dell'utero determinino uno spasmo con conseguente morte del feto o rottura dell'utero.

POLLITZER.

Il cloruro di calcio in ginecologia.

Nelle metrorragie della menopausa, iniezioni endovenose di cloruro di calcio al 10 % (10 cmc.); si ottiene un successo nel 92 % dei casi. Per bocca (4 g. al giorno) il cloruro di calcio sarebbe utile in alcune leucorree.

A. P.

Negli ascessi della mammella.

Le Lourier (*Journ. de méd. de Paris*, 18 ott. 1928) consiglia di attendere che l'ascesso sia ben formato, la pelle assottigliata, ma sana. Pratica allora la puntura col termocauterio e, scolato il pus, inietta nella sacca del filtrato antistafilococcico, di cui fa anche applicazioni sulla pelle. Ottiene in tal modo la guarigione col minimum di deformazione.

fil.

IGIENE.

La campagna antimalarica nell'Agro Romano.

G. Pecori e G. Escalar (*Riv. di Malariologia*, 1928, n. 4) danno un ampio resoconto sulla campagna antimalarica condotta nel 1927 nell'Agro romano. La variabilità delle condizioni, non solo da luogo a luogo, ma anche da un momento all'altro, non consentiva l'applicazione di un solo metodo di lotta, ma rendeva necessario un razionale eclettismo per adattare ad ogni tempo e ad ogni luogo il metodo più efficace. E si esigono quindi un piano di lotta vasto e complesso, un personale bene addestrato ed una continua sorveglianza per potere ottenere dei risultati pratici.

Si misero in opera le seguenti provvidenze:

1) Cura dei malarici acuti, nelle 45 stazioni sanitarie, con ospedalizzazione di quelli impossibilitati a curarsi nei ricoveri.

2) Bonifica umana, specialmente da gennaio a maggio, eseguita a mezzo del medico e delle profilassatrici (per i malarici nomadi, queste si recano anche nei paesi d'origine), dei segnalatori, dei maestri. Gli AA. segnalano i buoni effetti della plasmochina, in seguito alla quale si videro scomparire le semilune, in 13 su 14 casi studiati.

L'efficacia della bonifica umana viene dimostrata dal fatto che, pure essendo compiuta irregolarmente, le recidive nei bonificati si verificarono solo nel 10 %, mentre si ebbero nel 42 % in quelli che la rifiutarono.

3) Profilassi chininica, esercitata su 14.489 individui, dei quali però solo 5668 la eseguirono

regolarmente; la percentuale dei colpiti fu di 1,6 in questi contro il 3,5 dei colpiti sulla totalità. In 30 operai rigorosamente profilassati, con 60 cg. al giorno, si ebbero soltanto 2 casi in individui già malarici.

4) Piccola bonifica eseguita su zone precedentemente designate.

5) Lotta antilarvale, fatta col verde di Parigi, con le gambusie, con la petrolizzazione. A riguardo del verde di Parigi, rileviamo la raccomandazione, frutto dell'esperienza, di non spargerlo quando vi è nebbia o vento e di usare polvere molto fina ed asciutta; anzichè adottare intervalli fissi, è meglio regolare lo spargimento sul reperto di larve di terza grandezza, sia pure rarissime (una sola). La lotta antilarvale fu iniziata alla metà di aprile.

6) Cattura delle alate, provvedimento di cui alcune osservazioni degli AA. sottolineano l'importanza; fu estesa anche alle anofele ibernanti. Complessivamente, ad Ostia, nei punti di osservazione, se ne catturarono 14.036.

7) Protezione verso le alate, sia delle abitazioni in generale, sia in modo particolare delle culle, per le quali furono distribuiti 1000 veli; e gli effetti di questi furono buoni, poichè, su 2116 bambini al disotto di un anno, si ebbe soltanto 1,7 % di malarici.

8) Zooprofilassi, a proposito della quale gli AA. fanno alcune osservazioni interessanti e cioè: *a*) generalmente la cattura delle alate fu scarsa o nulla nelle case provviste di porcili o di stalle; *b*) in generale, si è trovato un rapporto inverso fra stabulazione e malaria; *c*) il numero delle catture in porcili nuovi stabiliti per esperimento è stato scarso, il che starebbe a dimostrare che l'attrazione degli animali stabulati esercita la sua azione solo dopo un certo tempo; *d*) la stabulazione non è sufficiente a difendere dalla malaria, dove l'anofelismo raggiunge gradi elevati, in quanto che le stalle non richiamano un numero di anofele superiore a quello che riescono a fermare.

9) Propaganda, fatta con grande attività, specialmente nelle scuole, dove si dimostrò il grande interessamento dei ragazzi, che contribuirono efficacemente alla lotta.

I *risultati* furono veramente incoraggianti. In confronto del 1926, si ebbe una diminuzione di: 5 decessi, 1145 febbricitanti, 157 casi in bambini, 50 denuncie di malarici negli ospedali.

Risultati davvero buoni, dovuti in massima parte alla lotta continuata con tenace costanza e con alacre fervore, che viene così risanando dall'antica piaga le ubertose terre dell'Agro.

fil.

VARIA.

Le malattie degli atleti secondo Bernardino Ramazzini.

Quantunque sia certo che molte delle idee espresse sui ginnasti in un'epoca in cui poche cure si dedicavano all'educazione fisica della gioventù non siano ora accettabili, tuttavia mi pare interessante fare conoscere le idee che nei tempi antichi si avevano sui costumi e sulle malattie degli atleti, quali ci vengono riferite dal Ramazzini nel *De morbis artificum*.

« Quantunque per tante cause siano cadute in disuso molte costumanze, come le esibizioni degli atleti e dei gladiatori chiamate giuochi, e considerate una professione, come se fosse un giuoco ed un'onorevole professione presentare al popolo un macello di altri uomini, tuttavia parlerò un poco degli atleti e delle loro malattie, allo scopo, se non altro, di mettere in evidenza la cura e l'attenzione che ponevano i medici antichi nell'osservare e curare le malattie professionali.

Gli atleti ed i ginnasti erano molto numerosi nei tempi antichi, data la frequenza dei giuochi. Questi esercizi fisici non erano riservati soltanto agli schiavi, ma costituivano un'occupazione anche dei liberi e dei giovani nobili che si dedicavano nelle palestre a molteplici esercizi. Si legge nell'*Eunuco* di Terenzio che Parmenione consegnando a Taide, per educarlo, un giovane così gli diceva:

Fac periculum in literis, fac in palestra,
In musicis, quae liberum scire aequum est,
Adoloscentem solertem dabo.

Accadeva di frequente che gli atleti avessero bisogno del medico. Le infermità cui andavano soggetti erano apoplessie, sincopi cardiache, catarri soffocanti, rotture di vasi sanguigni del petto, morti improvvise. La causa principale di questi fatti morbosi era una soverchia abbondanza di umori e una distensione dei vasi, dai quali derivava un grave ritardo, o addirittura una interruzione, della circolazione del sangue, causa a sua volta delle « interruzioni venose » per usare una frase di Ippocrate, vale a dire di ristagni del sangue, e di una stasi di tutti i fluidi, ai quali necessariamente seguiva la morte istantanea.

Questi accidenti erano tanto più frequenti per il fatto che i ginnasti passavano repentinamente dall'ozio e da una nutrizione abbondante (fatta allo scopo di rinvigorirsi) alla lotta ed alla palestra.

È, infatti, molto più pericoloso, come dice Ip-

pocrate, « passare dall'ozio all'esercizio che dall'esercizio all'ozio ».

Negli esercizi violenti la massa sanguigna si riscalda molto e si rarefà, di modo che il sangue non può passare rapidamente dalle arterie nelle vene, oppure non scorre in queste con la stessa velocità che nelle altre; tanto più ciò si verifica quando esiste una grande ripienezza dei vasi.

Quale fosse il vitto degli atleti, e quanto scelto, lo dice il vecchio di Coo nella storia di Biante con queste parole; Al pugilatore Biante, per natura vorace, accadde che, per essersi nutrito di carne, specialmente cruda di maiale, e anche di torte e focacce di miele o cocomero, di latte e di polenta fresca, e per essersi ubbriacato con vino profumato, emettesse bile per bocca e per il retto, come nelle affezioni coleriche.

In qual modo gli atleti, per diventare più robusti, si rimpinzassero di cibi lo apprendiamo da Aristotile il quale dice che erano affetti da molte malattie per il fatto che si nutrivano di cibi molto varii, che non sapevano distribuire razionalmente. Non a torto Platone, perciò, chiamava gli atleti sonnolenti e viziosi, ed affetti da vertigini.

Anche Galeno si scaglia in molte occasioni contro la professione di atleta che dice dannosa sia allo spirito che al corpo, forse ammaestrato dal pericolo corso da lui stesso. Egli dice, infatti, come verso i 30 anni, trovandosi a Roma, fosse stato preso dalla vanità di essere considerato uno dei più valenti ginnasti. Una volta nella palestra si lussò un omero, e corse gravissimo pericolo di vita (!). Dal metodo di cura da lui tenuto e descritto si può arguire quanto poco fosse mancato che egli non venisse a morire a causa dello shock nervoso. Fu necessario per tutta una notte ed un giorno versare olio caldo sulla parte lussata, stando coricato nudo sopra una pelle, sotto la canicola.

Nessuno ignora a quali rimedi ricorressero gli antichi medici per curare le malattie degli atleti.

Il salasso, anche abbondante, era un rimedio molto efficace perchè serviva a ristabilire la regolare circolazione del sangue, il quale, ristagnando nei vasi polmonari o nelle carotidi, poteva anche provocare la morte. Si usavano anche energici purganti e una dieta molto leggera ogni qualvolta vi fossero prodromi di malattia. Erano somministrati, sia a scopo di cura che di prevenzione, molti altri rimedi che dalla lunga esperienza nel curare gli atleti si erano dimostrati di azione efficace.

Si soleva proibire ogni rapporto venereo per non indebolire il loro corpo, e a tale scopo si usava « infibulare » le loro parti genitali. Elegante è l'epigramma di Marziale contro l'ebreo Menofilo al quale si era slacciata la fibula mentre nel mezzo della palestra, dinnanzi agli spettatori, compiva esercizi ginnastici. Tuttavia la soverchia astinenza di venere, unita all'abbondante nutrizione, qualche volta induceva un notevole grado di torpore, e allora, come dice Plinio, levate le fibule si permetteva il commercio sessuale, dopo di che ritornava il buon umore e la primitiva vigoria. Secondo Celso, infatti, la copula non si deve nè troppo desiderare nè troppo temere; eccita se compiuta di rado, fiacca se frequente. Ippocrate dice a questo proposito: *labor, cibus, potus, somnus, venus, omnia mediocria* ».

SALVATORE DIEZ.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Metodo di Guillaumin per la determinazione del pH urinario. — Al dott. C. A. G., da P. P. M.:

Il reattivo si prepara sciogliendo in un mortaio g. 0,125 di rosso metile, g. 0,40 di blu bromotimolo in cmc. 19 di soluzione N/20 di idrato di sodio; si aggiunge poi acqua distillata, q. b. per fare 1000 cmc. (in pallone tarato).

Per l'uso si adoperano 10 cmc. di urina (se il peso specifico è superiore a 1010, la si diluisce convenientemente con acqua distillata ben neutra) e si aggiungono 10 gocce del reattivo (alcuni autori consigliano 5 cmc. di reattivo). Dal colore osservato, si deduce il pH, secondo la tabella seguente:

Colore		pH
Colore rosso-granatina	= pH	4,6
» rosso-granatina		5,0
» rosa-giallastro		5,4
» giallo-champagne		5,8
» Verde d'acqua		6,2
» verdi intermedî		6,4 — 6,8
» verde vegetale		7,0

2) Per il rapporto fra cirrosi epatica ed alcool, veda la monografia di G. SABATINI: *La cirrosi epatica.* Roma, 1928, editore Luigi Pozzi.

3) M. GASCA DIEZ e R. SACCHI. *Scienze fisiche naturali ed igiene.* Per le classi del corso integrativo di avviamento professionale. Sandron, ed.

fil.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. *

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

V. - Sequestro delle cose pertinenti all'esercizio abusivo.

L'art. 1° della legge 6 maggio 1928 n. 1074, dispone così: « Chiunque, non trovandosi in possesso del regolare titolo professionale, esercita una professione sanitaria, è punito con la multa da L. 500 a L. 1000.

In caso di recidiva, la pena è della detenzione da 1 a 3 mesi e della multa da L. 2000 a L. 5000.

Il materiale adoperato per commettere il delitto di cui al presente articolo è confiscato. In attesa della decisione dell'autorità giudiziaria, *il Prefetto della Provincia può ordinare* la chiusura del locale in cui la professione sanitaria sia stata abusivamente esercitata e, contemporaneamente, *anche il sequestro del materiale adoperato* ».

È sorto questo dubbio: la facoltà riservata al Prefetto è condizionata alla sola ipotesi della recidiva? Il Ministero dell'Interno, con circolare 25 ottobre 1928 n. 20400-3, anno VI, ha osservato che « il comma terzo dell'articolo (che è appunto quello che disciplina i poteri del Prefetto in materia) fa esplicitamente richiamo al delitto, in genere, contemplato nell'articolo stesso, senza alcun riferimento od accenno alla circostanza aggravatrice della recidività e pertanto è evidente come tali poteri si possano discrezionalmente esercitare così in confronto di coloro che per la prima volta siano stati colti ad infrangere la legge, come in confronto dei recidivi ». Questa risoluzione è certamente corretta. Il primo comma dell'art. 1° prevede il reato e ne stabilisce la sanzione; il secondo comma considera la ipotesi della recidiva, allo effetto della sanzione più grave; il terzo comma, infine, con generico riferimento al reato, ne stabilisce la conseguenza penale della confisca. L'art. 36 del C. P., regolando gli effetti delle condanne, prescrive che il giudice può ordinare la confisca delle cose che servirono o furono destinate a commettere il reato e delle cose che ne sono il prodotto, purchè non appartengano a persona estranea al delitto. La confisca non è invece facoltativa e deve essere sempre ordinata, anche se non vi sia condanna, e se le cose non appartengono all'imputato, qualora si tratti di cose la cui fabbricazione, l'uso, il porto, la detenzione o la vendita costituisca reato.

Per il delitto di esercizio abusivo il materiale adoperato deve essere sempre confiscato. L'art. 1° della legge 6 maggio 1928, così disponendo, aggiunge un provvedimento di polizia amministrativa, autorizzando il Prefetto a disporre il sequestro del materiale adoperato prima della decisione dell'autorità giudiziaria. È da notare che questo provvedimento non è di vera e propria confisca, la quale è ordinata dall'autorità giudiziaria, ma si limita al sequestro, salvo l'ordine definitivo dell'autorità competente. È evidente che tanto la confisca quanto il sequestro sono in relazione al delitto e non alla circostanza della recidiva.

VI. - L'ordine di chiusura dei locali nei quali fu abusivamente esercitata professione sanitaria.

Il provvedimento prefettizio che ordina la chiusura del locale nel quale fu esercitata abusivamente professione sanitaria deve essere limitato all'ambiente nel quale il reato fu materialmente commesso o può estendersi anche a quelli adiacenti? per es.: sala di aspetto, laboratorio meccanico, ecc.

Il Ministero dell'Interno, con circolare 25 settembre 1928 n. 20400, rispondendo ad analogo quesito, ha detto che la legge non ha voluto restringere il significato della parola « locale » alla sola stanza o ambiente nel quale l'abusivo esercente sia stato sorpreso ma si riferisce a tutto quel complesso di ambienti che era destinato all'esercizio della illecita attività e « poichè sotto tale riguardo non è possibile stabilire una distinzione fra la sala di aspetto, quelle di visita degli ammalati e quelle di preparazione o costruzione degli apparecchi di protesi, è evidente che, tenuto conto della unicità finale della destinazione di simili ambienti, i medesimi siano tutti ugualmente soggetti all'esercizio del potere che la legge conferisce al Prefetto ».

Il criterio direttivo è molto ovvio. L'art. 1° dispone che il Prefetto può ordinare la chiusura del locale in cui la professione sia stata abusivamente esercitata: locale non significa soltanto la camera nella quale fu sorpresa la materiale attività illegittima. Occorre però che, trattandosi di un locale costituito da più ambienti, vi sia tra questi un nesso non soltanto di comunicazione materiale ma anche di destinazione *per quell'attività che è illegittima*. Se, per es., ad un locale sia annesso un laboratorio nel quale eserciti attività la stessa persona, non per mezzo strumentale o sussidiario all'esercizio abusivo, ma per altro scopo, sia pure affine (però per sè stante e lecito), l'ordine di chiusura deve essere limitato agli ambienti e, in genere, al solo locale che è destinato all'attività delittuosa.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Congedi ai sanitari condotti per motivi di studio.

Il Ministero dell'Interno (Direz. Generale della Sanità Pubblica - Div. 7ª - Sez. I) ha diramato ai signori Prefetti la seguente circolare n. 20400 in data 15 dicembre 1928-VII:

L'art. 27 del Regolamento 19 luglio 1906, n. 466, sancisce, pei Comuni, l'obbligo di disciplinare, nei capitolati, la materia dei congedi e delle supplenze per i sanitari condotti. Il successivo art. 29 dello stesso Regolamento stabilisce, poi, le norme direttive ed indeclinabili che debbono osservarsi nei capitolati medici riguardo ai congedi.

Con tali disposizioni si è voluto provvedere al normale periodo di riposo dei sanitari condotti nell'interesse di detti funzionari, ed insieme, del delicato servizio loro affidato.

La legge, però, non prevede la figura « del congedo speciale per ragioni di studio », e, pertanto, la concessione di tali congedi è, tuttora, rilasciata alla facoltà discrezionale dei Comuni.

L'attività professionale dei sanitari condotti si svolge, nella maggioranza dei casi, in piccoli centri.

In tali condizioni di ambienti è ovvio che è reso particolarmente difficile ai suddetti sanitari di arricchire il loro patrimonio scientifico in relazione al costante progresso delle discipline mediche.

Pur ricordando che la concessione dei congedi ha causa e limite nell'interesse del servizio, questo Ministero deve riconoscere che la concessione dei congedi supplementari per ragioni di studio merita di essere particolarmente incoraggiata, anche in considerazione dell'interesse generale connesso alla necessità che il medico condotto si tenga alla pari dei nuovi orizzonti, e delle nuove portate scientifiche.

Ciò premesso si ritiene che, ove le condizioni del servizio lo permettano, ai sanitari condotti che desiderino di frequentare corsi speciali presso Università o presso Istituti scientifici clinici, possano concedersi speciali licenze straordinarie in aggiunta a quelle ordinarie già contemplate dai vigenti capitolati, e senza ritenuta alcuna sullo stipendio e sugli altri emolumenti spettanti ai suddetti sanitari, tenuto conto dell'interesse preminente del servizio che a tali congedi si collega.

Si prega, quindi, le EE. LL. di fare opera persuasiva verso i signori Podestà, perchè ove non ostino, come si è detto, gravi motivi di servizio, la concessione di tali congedi venga, a richiesta dei sanitari, periodicamente accordata, e tale concessione sia, possibilmente, inserita nei capitolati di servizio. È superfluo soggiungere che i sanitari che usufruiranno di tali congedi dovranno comprovare, con validi documenti, la loro frequenza ai corsi anzidetti.

Si gradirà un cenno di assicurazione al riguardo.

Pel Ministro: f.to MICHELE BIANCHI.

Sindacato Nazionale Fascista dei Medici e degli Ordini dei Medici.

Nomine.

Sono nominati Vice Segretari Generali del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici i signori on. comm. prof. Alessandro Guaccero e comm. prof. Ermanno Fioretti per coadiuvare il Segretario Generale Nazionale nella attuazione del nuovo inquadramento.

Convocazioni.

Il Direttorio Nazionale del Sindacato è convocato per domenica 10 febbraio p. v. in Roma presso la sede del Sindacato in Corso Vittorio Emanuele, 24.

Sono invitati alla riunione anche i Segretari delle Sezioni tecniche nazionali del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici.

Interverrà il Presidente della Confederazione Nazionale dei Sindacati Fascisti Professionisti ed Artisti gr. uff. avv. Giacomo Di Giacomo.

Il Segret. del Sind. Naz. Med. Fascista:
ARNALDO FIORETTI.

Circolare del Segretario della Sezione culturale del S. M. N. F. — Chiamato ad assumere la carica di Segretario della Sezione culturale del Sindacato Medico Fascista, desidero anzitutto esprimere i sensi della mia devozione al prof. Arnaldo Fioretti, segretario del Sindacato Nazionale.

Ai signori Segretari Provinciali del Sindacato ed alle Associazioni scientifiche e culturali inquadrate, il mio saluto cordiale.

Credo che molto si debba e si possa compiere per la giusta rivendicazione delle nostre conquiste scientifiche e per il riconoscimento dell'alto livello culturale raggiunto dalla nostra classe.

È necessario però che ognuno ci dia, con fede e con lealtà, la sua cooperazione perchè questi intenti possano essere seguiti da una pratica realizzazione, e non rimanere sterili voti: in primo luogo, le Associazioni, alle quali spetta di incoraggiare ogni sforzo diretto a tale scopo, come di segnalare senza colpevoli debolezze ogni atteggiamento non degno della nobiltà della nostra Causa e dell'impronta schiettamente fascista che vogliamo imprimere al movimento di rinascita e di epurazione cui ci accingiamo.

Rivolgeremo presto la nostra attenzione alla stampa scientifica, che va disciplinata, nazionalizzata e sfrondata; nel frattempo chiediamo ai Segretarî degli Enti ed Associazioni che hanno aderito al Sindacato di mettersi senz'altro in relazione con questo Segretariato, inviando tutti i dati relativi alla costituzione, al funzionamento e agli scopi dell'Associazione stessa, con l'elenco dei soci aggiornato al 1° gennaio 1929.

Il Segret. della Sez. cult. del S. M. N. F.:
Prof. NICOLÒ CASTELLINO.

Nell'Associazione dei Medici della Marina Mercantile.

Essendo costituita la nuova Cassa di Malattia e di Assistenza sociale per la gente del mare e dell'aria, l'Associazione dei Medici di bordo, a mezzo del suo presidente, dott. T. Soldi, ha diretto al presidente della Confederazione Nazionale Fascista della gente del mare e dell'aria, on. Magrini, una cortese lettera per far presente l'opportunità che nell'assunzione del personale medico, occorrente per il funzionamento del nuovo Istituto, si dia qualche preferenza ai medici di bordo avventizi, fra i quali si trovano valorosi professionisti, residenti in ogni regione d'Italia ed in non poche dell'estero.

Si aggiunge che tale preferenza è giustificata, oltre che dai titoli professionali necessari, dagli esami sostenuti e dalla conoscenza reale della vita di bordo: conoscenza che può fornire gli elementi per una esatta valutazione clinica delle varie forme morbose dei marinai e delle eventuali invalidità.

Per di più la conoscenza delle speciali condizioni di lavoro in navigazione li mette nella privilegiata situazione di rilevare i rapporti fra cause ed effetti e suggerire quelle misure profilattiche che possono essere base di ogni assistenza sociale, nell'interesse proprio e degli assicurati.

Per reprimere l'esercizio abusivo delle farmacie.

Il Ministero dell'Interno ha impartito ai Sigg. Prefetti precise disposizioni perchè sia evitato l'esercizio abusivo delle professioni sanitarie ed in particolare della farmacia. Questa non può essere esercitata se non dal farmacista titolare o da chi, regolarmente diplomato, sia autorizzato a sostituirlo temporaneamente. Nessun'altra persona può coadiuvare il farmacista nell'esercizio degli atti proprii della sua professione, cioè preparazione e vendita al pubblico dei medicinali.

È fatto divieto di farsi restituire, con o senza rimborso, recipienti usati, perchè con tale espediente taluna farmacia pratica una non corretta concorrenza. Tale divieto ha anche una ragione igienica: i recipienti usati possono esser stati a contatto di malati infettivi e contagiosi ed essere veicoli di diffusione di malattie se i recipienti stessi non siano sottoposti a sterilizzazione prima del nuovo uso.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ARPINO (*Caserta*). — L. 7000 (*sic*) e 5 quinquenni dec.; età lim. 46 a.; doc. a 3 mesi dal 1° dic.; scad. 10 feb.; bolletta di versam. L. 50 alla Cassa Comun.

BORGOSATOLLO (*Brescia*). — Scad. 31 gen.; per Montirone; ab. 1500; L. 11.000 e c.-v.

CALTANISSETTA. *R. Prefettura.* — Ufficiali sanitari di Butera, Resuttano e San Cataldo; L. 6000, 5000 e 8000 rispettivam.; aumenti. Tassa L. 50, alle tesorerie comun. Scad. 15 febbr.

CERVETERI (*Roma*). — Scad. 10 feb.; ore 12; L. 10.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 se uff. san., c.-v. in L. 780 se celibe, L. 840 se coniugato; età lim. 35 a.; tassa L. 50; accettaz. entro 10 gg.

CHIARI (*Brescia*). — Al 15 feb. una delle due condotte mediche per i poveri. Stip. L. 9000, oltre sei quinquenni dec., indenn. trasp. in L. 3000 e quelle di c.-v. Laurea da oltre 3 anni; voti d'esame e altri documenti di pratica.

CREMONA. *Istituti Ospitalieri.* — A tutto 20 febbraio; primario chirurgo del Reparto Maschile; titoli ed eventualm. esami; L. 9000. Età lim. a. 45. Almeno 4 anni di servizio presso Cliniche chirurgiche o grandi Ospedali. Rivolgersi Segreteria.

CUNEO. Scad. 30 gen. Informaz. dalla segreteria.

GRAVINA DI PUGLIA (*Bari*). — A tutto 10 feb.; per Poggiorsini; L. 10.500 compreso ogni altra indennità; 4 quadrienni di L. 1000; ab. poco più di 700; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

IGLESIAS. *Municipio.* — Il concorso per medico del Dispensario Antivenereo Comunale è prorogato al 31 gennaio. Oltre quanto è indicato nel precedente avviso il titolare percepirà un compenso annuo di L. 1500 per visita alle meretrici, più proventi dal libero esercizio nella Città, che conta 23.000 abitanti compresi quelli residenti nelle vicine miniere.

LECCE. *Amministraz. Provinc.* — Due posti di coadiutore nel Laborat. Provinc. d'igiene e profilassi: uno per la Sez. Med.-Micrograf., uno per la Sez. Chimica; L. 9500 e 3 quadrienni di L. 700, oltre L. 1700 serv. att., c.-v., compartecipaz. utili. Docum. di cui all'art. 8 R. D. 16-1-1927 n. 155. Cart.-vagl. L. 50,10. Scad. ore 12 del 28 feb. Chiarimenti dalla Segreteria Generale.

LUCCA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Direttore Tecnico Sanitario dei Servizi antitubercolari, titoli ed esami; L. 17.800 e due quadrienni di L. 1200 e di L. 1500; servizio attivo lire 5500; età lim. 40 a. Scad. 10 febb. Per schiarim. rivolgersi Segreteria presso Uffici della Provincia.

MAGIONE (*Perugia*). — Scad. 6 feb.; L. 8000 oltre L. 1800 serv. att., c.-v., L. 4000 se cavallo od automob.

MAGLIANO IN TOSCANA (*Grosseto*). — Scad. 31 gen.; L. 9700 oltre L. 840 assegno complement. e 5 quadr. dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

MALCENISE (*Verona*). — Scad. 15 feb.; stazione di cura.

MONTECOLOMBO (*Forlì*). — Scad. 31 gen.; lire 10.000 e 10 bienni ventes., oltre L. 500 uff. san., L. 3000 trasp.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,80.

MONZA. *Congregaz. di Carità.* — Al 5 feb., medico secondario del Civico Ospedale; L. 4000 (*sic*) ridotte; partecipaz. proventi; L. 10 e vitto nei giorni di guardia; in corso miglioramenti; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dalla presentaz.; serv. entro 10 gg.; nom. e conferma biennali.

NEONELI (*Cagliari*). — Scad. 15 feb.; con Ardauli; L. 10.500 oltre L. 1000 uff. san., L 2000 cavalc., c.-v.; rivolgersi Podestà.

POLLENZA (*Macerata*). — Scad. 10 feb.; chirurgo medico; L. 8000 e 3 quadrienni dec., oltre L. 800 serv. att., L. 1200 direz. Osped. Civile (in corso aumento a L. 3700), L. 500 trasp., c.-v., L. 500 se uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

ROMA. *Ministero delle Colonie*. — Con avviso inserto nella *Gazzetta Ufficiale* dell'11 c. m. n. 9, è stato prorogato al 28 febbraio, il termine per la presentazione delle domande pel concorso a posti di capo dei reparti di chirurgia femminile, con annessa sala di maternità, e di stomatologia presso l'Ospedale coloniale Vittorio Emanuele III in Tripoli, bandito con avviso inserto nella *Gazzetta Ufficiale* del 30 ottobre 1928, n. 253.

SAN GILLIO TORINESE (*Torino*). — L. 9800; scad. 31 gen.

SAN VALENTINO TORIO (*Salerno*). — Proroga 31 gennaio.

SIENA. *Amministraz. Provinc.* — Direttore della Sez. Med. Micrograf. del Laborat. d'igiene e profil.; L. 15.000 e 6 quadrienni dec., oltre lire 1800 indenn., c.-v., 35 % proventi analisi; età lim. 45 a.; tassa L. 50. Scad. 20 feb.

SIRACUSA. *R. Prefettura*. — Uff. san. di Carlentini; titoli ed esami; L. 7000 e 4 quadrienni dec., c.-v., compensi a carico di privati; doc. a 3 mesi dal 20 dic.; età lim. 45 a.; scad. 45 gg. dal 20 dic. Ab. 11.844. Chiedere bando.

SORRADILE (*Cagliari*). — Scad. 15 feb.; L. 11.000 compreso uff. san.; per cavalc. L. 2000; età lim. 45 a.; tassa L. 50.

TERNI. *Amministrazione provinciale*. — Direttore Sezione Medico-Micrografica e Assistente Sezione Chimica Laboratorio Provinciale Igiene e Profilassi. Titoli ed esami. Scad. prorogata al 28 febbraio.

TORINO. *Gran Magistero dell'Ordine dei Santi Maurizio e Lazzaro*. — Sei assistenti straordinari nell'Ospedale Umberto I.; dei quali 5 in medicina e 1 in radiologia; scad. 31 gen.; documenti alla Direzione; condizioni particolareggiate presso il Gran Magistero dell'Ordine.

UMBERTIDE (*Perugia*). — Scad. 15 feb.; per Preggio; L. 8000 e 5 sessenni dec., oltre L. 600 serv. att., L. 2000 disag. resid., L. 4000 cavalc., c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

VENEZIA. *Ospedale Civile*. — Due aiuti chirurghi; L. 4560 (*sic*) per i coniugati, L. 4200 (*sic*) per i celibi; tit. ed esami; nomina bienn., conferma per un anno; scad. ore 17,30 del 2 feb.; tassa L. 50 al tesoriere; doc. a 3 mesi dal 22 dic. Chiedere annunzio.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Premi dell'Accademia Medico-Chirurgica di Madrid

Due premi Rodríguez Abayhia, di 1750 pesetas ciascuno, sui temi: « Eziologia e trasmissibilità del reumatismo poliartic. ac. » e « La calicosi e la silicosi come malattie professionali ». Scad. 30 sett. 1929.

Fondazione Piero Puricelli.

È messo a concorso un posto di perfezionamento a favore di un laureato in medicina e chirurgia da non oltre tre anni.

Il vincitore del concorso, che avrà funzioni di medico praticante, dovrà prestare l'opera sua nella Clinica delle malattie nervose e mentali di Milano (Istituto neurologico Vittorio Eman. III), per la durata di un anno solare.

Egli godrà di un premio di L. 5000 annue, che sarà corrisposto a rate trimestrali posticipate dietro attestato di approvazione del Direttore della Clinica.

Domande in bollo e certificato laurea coi punti di merito alla Segreteria dell'Università di Milano (Corso Roma, 10) non oltre il 30 nov. 1929.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

L'on. prof. Raffaele Paolucci è nominato presidente del Consiglio Superiore dell'Associazione Nazionale per la diffusione della cultura.

Il prof. Arturo Fornero è nominato titolare della cattedra di Clinica ostetrico-ginecologica presso l'Università di Cagliari.

Il prof. Ignazio Imaz è nominato titolare di materia medica e terapeutica alla Facoltà di Scienze Mediche di Buenos Aires.

Il dott. Joseph Kapfhammer, libero docente a Lipsia, è chiamato alla cattedra di fisiologia a Friburgo i. B.

L'Università di Kiel ha nominato dottore *honoris causa* il prof. Axel Holst, d'igiene e batteriologia a Oslo.

La Facoltà Medica del Cairo, in occasione delle feste pel suo centenario, ha nominato dottori *honoris causa*: Castellani e Grixoni (Italia), Lépine, Brumpt, Delmas, Vaquez (Francia), Moynihan, Wering, Philipp, Wheeler, Cooper Perry (Inghilterra), Frédéricq (Belgio), Ashoth (Stati Uniti), Schupfoner (Olanda), Aravantinos (Grecia), Kawamura (Giappone).

L'Accademia di Medicina di Parigi, nella sua seduta annuale dell'11 dicembre scorso, ha assegnato una sessantina di premi in denaro e molte medaglie. Segnaliamo i premi seguenti: Alberto I di Monaco, di 100.000 franchi, a Nageotte; Tremblay, di 9000, a Papin; Guinchard, di 6000, a Verge; Saintour, di 5000, a Weinberg e Guinsbourg; Boulougne, di 4900, a Cavaillon; Boggio, di 4800, a Valtis; Panmatier, di 4000, a L. Binet; ecc. Sono rimasti non conferiti una ventina di premi, tra cui quello Audifred di 24.000 franchi.

NOTIZIE DIVERSE.

Società Internazionale di Microbiologia.

Si è riunito per la prima volta in Milano, il giorno 4 dicembre 1928, il Consiglio Direttivo della Sezione Italiana della Società internazionale di Microbiologia.

Erano presenti i consiglieri proff. Azzi, Belfanti, Carbone, De Rossi, assente giustificato il prof. De Blasi.

Su proposta del prof. Azzi viene eletto presidente il prof. Belfanti e vice-presidente il prof. De Blasi, cassiere il prof. Carbone; inoltre il Consiglio propone unanime di offrire la presidenza onoraria ai proff. Castellani e Lustig. Vengono eletti a segretario generale il prof. Azzi, a segretari aggiunti il prof. Dessy, per la medicina, il dott. Arnaudi, per l'agraria.

Il Consiglio discute uno schema di statuto sociale, che sarà sottoposto al giudizio dell'assemblea dei soci. Nel frattempo vengono stabilite: la quota sociale in Lit. 10 annuali; le modalità di assunzione dei soci, nel senso di un'ampia libertà nelle iscrizioni purchè accompagnate dalla firma di due soci; la riunione dei soci in congresso interno almeno una volta all'anno.

Pertanto viene deciso di convocare un convegno sociale in Perugia per il prossimo maggio per l'approvazione dello statuto e per coordinare il contributo dei microbiologi italiani al congresso internazionale di Parigi.

Per quel che riguarda le relazioni e le comunicazioni da farsi al prossimo congresso di Parigi, il Consiglio sospende ogni decisione fino all'arrivo d'istruzioni dal segretario generale della Società prof. Kraus: appena se ne avrà notizia sarà diramato un apposito comunicato.

Settimana Internazionale della Luce.

Organizzata dall'Istituto di Attinologia di Parigi, la settimana internazionale della Luce verrà tenuta al Grand Palais, dal 22 al 27 luglio 1929 sotto la presidenza del prof. D'Arsonval.

Dal 22 al 24 si discuterà: 1) sulla scelta di una unità di misura per i raggi ultravioletti; 2) sulla fototerapia della peritonite tubercolare; 3) sul valore profilattico dei raggi ultravioletti; 4) sulla cura delle affezioni reumatiche con i raggi infrarossi. Il 25 e il 26 si terranno conferenze sugli attuali progressi dell'attinologia. Si terrà inoltre un corso, durante una settimana, di attinoterapia, nell'istituto omonimo, sotto la direzione del prof. Saidman. Vi sarà anche un'esposizione internazionale di apparecchi.

Congresso Nazionale d'idrologia e climatologia.

Il Congresso della Società Nazionale d'idrologia e climatologia si svolgerà quest'anno alla Spezia dal 4 al 6 ottobre. Il Comitato ordinatore è presieduto dal prof. Devoto, presidente della Società. Temi in discussione: « L'uva e la frutta nelle stazioni di cura » (relat. L. Devoto); « La climatologia ligure e lunigianese » (relatori U. Formentini, C. Caselli e G. Podenzara); « Le acque minerali della regione » (relat.: F. Francini e ing. C. Tonelli); « Cura balnearia marina » (relat. Pellegrini e Zonder). Sono predisposte molte visite ed escursioni. Al Congresso saranno unite una Mostra fotografica regionale ed una Esposizione di uve da tavola e di frutta selezionata.

Congresso mondiale bibliografico.

Come abbiamo annunziato, il Capo del Governo, Ministro per gli Affari Esteri, ha consentito e disposto che un « Congresso Mondiale delle Biblioteche e di Bibliografia » abbia luogo nella Capitale del Regno nella seconda metà del prossimo mese di giugno.

Questo Congresso è destinato a svolgere un vasto ed efficace programma d'intesa intellettuale.

L'on. Ministro dell'Istruzione ha provveduto alla costituzione del Comitato esecutivo; esso è presieduto dal sen. conte Antonio Cippico.

Il Ministro ha insediato il Comitato, presente il Sottosegretario on. Leicht, ed ha fatto rilevare tutta l'importanza della manifestazione e la necessità di intensificare il lavoro di preparazione e di organizzazione del Congresso.

Conferenza pan-Pacifica di chirurgia.

Come abbiamo annunziato, si terrà ad Honolulu dal 14 al 24 agosto. Il Comitato organizzatore è presieduto per le isole Hawai dal dott. Nils P. Larsen, Honolulu; per gli Stati costieri del Pacifico e per la Columbia britannica dal dott. George W. Swift, Seattle (California). Saranno oggetto di discussione (simposî) i seguenti temi: chirurgia del torace, ferite cranio-cerebrali, anestesia, chirurgia rettale e vari altri temi concernenti le specialità. Avranno luogo dimostrazioni (per le nuove tecniche operatorie) e cinematografie.

Ad Honolulu esistono 12 ospedali generali e speciali; in altri centri e nelle aziende delle Hawai si contano altri ospedali.

La quota d'iscrizione è di 10 dollari (circa 200 lire it.).

Il fascicolo di novembre del « Bulletin of the Pan-Pacific Union » è integralmente consacrato al congresso; esso contiene anche notizie sui viaggi. Dall'Italia, con mezzi rapidi, il viaggio dura un mese circa (sia che si raggiunga prima San Francisco, ove si prende imbarco sul « Malolo », che è la nave più rapida adibita a questo servizio; sia che si raggiungano le Indie olandesi o, attraverso la transiberiana, il Giappone; come pure attraverso l'Istmo di Panama).

Lega spagnola d'igiene mentale.

Si è adunata a Bilbao dal 21 al 23 settembre. Temi principali discussi furono: il dispensario psichiatrico, le colonie familiari per psicopatici antisociali, l'orientazione professionale degli invalidi, ecc.

Commissione per la lotta antimalarica nell'Agro Romano.

Il Governatore ha nominato una Commissione speciale per la lotta antimalarica, della quale ha chiamato a far parte il prof. sen. Marchiafava,

quale presidente, i professori Dionisi, Alessandrini, Pecori, Schiboni ed il dott. Escalar.

Nell'insediare la Commissione il Governatore ha ringraziato l'illustre sen. Marchiafava, che tanta luce ha portato negli studi della malaria, d'aver accettato l'incarico di dirigere i lavori della Commissione: ha poi illustrato il cómpito della Commissione che è quello di suggerire le modalità di perfezionamento e di ampliamento dell'attuale organizzazione per la lotta antimalarica nella circoscrizione del Governatorato, per raggiungere rapidamente il definitivo risanamento igienico dell'Agro Romano.

Ha soggiunto, infine, che in Roma, ove la scienza malariologica ha avuto i suoi più grandi cultori, la difesa contro questo male deve attuarsi con i mezzi più efficaci che la scienza suggerisce, per mantenere all'Italia il primato in questa lotta e per assicurare le condizioni igieniche indispensabili per quella intensiva coltivazione della terra fermamente voluta dal Governo Nazionale.

Congedatosi il Governatore, la Commissione ha iniziato i suoi lavori che saranno condotti con la maggiore alacrità.

La "Giornata della Croce Rossa".

Il Consiglio dei Ministri ha approvato un disegno di legge con il quale si istituisce la «Giornata della Croce Rossa».

Detto disegno di legge ha lo scopo di assicurare all'Associazione, senza alcun nuovo onere per il bilancio dello Stato, i mezzi finanziari necessari allo sviluppo delle benefiche attività che la Croce Rossa deve svolgere, a norma del proprio statuto. All'uopo, con il provvedimento approvato dal Consiglio dei Ministri si autorizza l'Associazione a promuovere — nel giorno 15 giugno di ogni anno, ricorrenza della fondazione della Associazione, e a partire dall'anno in corso — la «Giornata della Croce Rossa» per la raccolta di danaro, doni e nuove iscrizioni di soci, secondo un programma che deve essere approvato annualmente dal Capo del Governo; e si fa obbligo a tutte le aziende tramviarie, di autotrasporti, di navigazione fluviale, lacuale, lagunare ed aerea ed alle imprese di pubblici spettacoli di applicare, nella «Giornata della Croce Rossa» sul prezzo dei biglietti un aumento del 5 per cento, a favore dell'Associazione.

Le opere assistenziali dei Fasci femminili.

L'opera che i fasci femminili svolgono nel campo dell'assistenza sociale riguarda: l'organizzazione delle Piccole e delle Giovani Italiane, la creazione di colonie marine, montane, salsoiodiche e fluviali, il funzionamento di ambulatori per l'assistenza sanitaria, l'istituzione di speciali corsi e scuole.

Nell'anno scolastico 1927-28 funzionarono con ottimi risultati 404 colonie per l'infanzia e 12 per le operaie e impiegate. Le colonie marine furono istituite lungo tutto il litorale della penisola, da Oneglia a Grado, da Zara alle isole. Beneficiarono delle colonie 80.000 fanciulli d'ambo i sessi e 1433 dopolavoriste. Gli ambulatori creati furono 200, si eseguirono visite a domicilio e si compilarono cartelle somatiche.

Tra le scuole di cui i Fasci femminili promossero l'istituzione, va ricordata la Scuola superiore femminile fascista di assistenti di fabbrica.

Beneficenza.

La Commissione Centrale di Beneficenza della Cassa di Risparmio delle Province Lombarde nell'intento di aiutare tutte le iniziative che mirano alla lotta antitubercolare e all'assistenza all'infanzia gracile, ha deliberato la elargizione di lire 40.000 al Consorzio Provinciale Antitubercolare di Varese per l'istituzione di Dispensari antitubercolari a Varese, Luino, Cittiglio e Tradate e l'elargizione di L. 30.000 all'Istituto Provinciale per la cura marina degli scrofolosi poveri di Como. Ha inoltre deliberato un sussidio straordinario di L. 6000 al Pio Istituto Pertusati.

* * *

Il commerciante Michele Rossi di La Spezia ha lasciato 100.000 lire all'Ospedale Vittorio Emanuele II, 100.000 lire alla locale Congregazione di carità, 100.000 all'Orfanotrofio Garibaldi, ed altri cospicui legati.

Premi Luigi Pagliani di igiene domestica.

La Sezione Laziale dell'Associazione Italiana Fascista per l'Igiene ha aperto un concorso a premi tra gli inquilini di case popolari o di case di modesta condizione della città, del suburbio e della campagna, i quali dimostrino di tenere i loro alloggi in condizioni di pulizia, di decoro e con il rispetto di ogni altra buona norma d'igiene.

Potranno concorrere ai premi operai, piccoli impiegati e rurali che abbiano in proprietà o in fitto con pigione non superiore alle L. 400 mensili, un appartamento di non oltre quattro camere ed accessori. Sono esclusi i subaffittuari ed i sublocatari. Possono però concorrere ai premi anche gli inquilini degli Alberghi per i poveri e quelli dei Ricoveri provvisori. I premi saranno costituiti da titoli del Littorio per L. 500 e L. 300 per gli inquilini delle case della città e per L. 300 e L. 200 per gli inquilini di case del suburbio ed Agro Romano.

Pro infanzia e maternità a Verona.

Alla presenza del comm. Castracane, ispettore centrale dell'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia, ha avuto luogo a Verona l'apertura di quattro refettori per gestanti e lattanti, dovuti all'iniziativa dell'Opera stessa.

Alla Policonsulenza Vittorio Emanuele III di Roma.

S. M. la Regina si è recata a visitare la Policonsulenza medica «Vittorio Emanuele III» ove

ogni giorno numerosi poveri dei quartieri di Trastevere e Testaccio si recano per ottenere gratuitamente tutte le cure mediche di cui abbisognano.

La Sovrana è stata ricevuta dal presidente della Congregazione di Carità di Roma, cav. di Gran Croce Scotti, che l'ha accompagnata nelle visite alle varie sale della Policonsulenza.

La Sovrana è passata poi al vicino Ospizio « Umberto I », ove sono ricoverati circa 370 vecchi ai quali la Regina rivolse parole di conforto.

Commemorazione di Spallanzani.

Il 12 corr. fu celebrata con solennità, a Reggio Emilia, la ricorrenza del secondo centenario della nascita del grande naturalista Lazzaro Spallanzani. Il ministro della P. I. Belluzzo aveva inviato la sua adesione con una nobilissima lettera. Sono convenute, per l'occasione, rappresentanze di molte Università e Accademie scientifiche d'Italia, oltre ad autorità politiche, civili, militari e scolastiche e una folla imponente.

Nella storica sala del tricolore, presentato dal podestà gr. uff. Menada, ha tenuto la commemorazione ufficiale dello Spallanzani il prof. Mariano Luigi Patrizi, che ha illustrato l'opera del grande scienziato. Il prof. Zavattana ha recato l'adesione dell'Università di Pavia, ove lo Spallanzani fu insegnante. Venne anche distribuito un volume su Spallanzani: è il primo di una serie che viene pubblicata a cura del Comitato. Infine ebbe luogo una visita al Museo che raccoglie collezioni e autografi preziosi di Lazzaro Spallanzani.

Nel pomeriggio le autorità, numerose personalità e molti invitati si sono recati a Scandiano, ove nacque il grande scienziato. Un imponente corteo si è recato a deporre una corona di fiori sul monumento a Spallanzani, che sorge nella piazza omonima, e successivamente le autorità hanno visitato la casa ove nacque lo Spallanzani e la chiesetta ove è custodito il cuore del sommo naturalista.

Le cerimonie commemorative hanno avuto termine con l'inaugurazione a Scandiano di una scuola intitolata a Lazzaro Spallanzani.

Commemorazione di Malpighi.

Il 14 novembre venne commemorato, a San Francisco di California, il tricentenario della nascita di Marcello Malpighi, ad iniziativa delle tre Università di San Francisco, di Santa Clara e Stanford; al convegno furono invitati rappresentanti dell'Associazione Medica della California. Parlarono: il dott. A. W. Mayer su « Malpighi quale biologo »; il dott. C. D. Leake su « Malpighi quale botanico e quale patologo ; padre Leo del St. Mary's College (Oakland) su « L'influenza di Malpighi sul pensiero moderno »; il prof. Carlo Formichi su « L'Italia al tempo di Malpighi ».

Commemorazione del prof. Sabbatani.

Il 9 dicembre si è riunita in Imola la Società Medico-Chirurgica della Romagna e in questa occasione l'egregio dott. G. Mazzini ha commemorato il concittadino prof. Luigi Sabbatani, di materia medica e farmacologia a Padova, morto, come i lettori ricorderanno, mentre faceva ritorno da Torino, presso la quale Università era stato chiamato a coprire la cattedra vacante per l'andata a riposo per limiti di età e per la morte, subito dopo avvenuta, dell'illustre prof. Piero Giacosa. Il dott. Mazzini ha messo in evidenza i grandi meriti del compatriota imolese nel campo della chimica medica con lavori che non solo segnano un'orma indelebile nelle scienze mediche, ma che aprono la via ad ulteriori proficui studi. Ha ricordato anche le benemerenze del Sabbatani nel campo della storia della medicina e le ottime sue qualità di cittadino e di provetto amministratore della cosa pubblica, in Imola e provincia di Bologna.

In memoria del prof. Martinotti.

L'11 ottobre moriva in Bologna il prof. Giovanni Martinotti dopo lunga e gloriosa carriera universitaria durante la quale si era reso altamente benemerito dell'insegnamento e della Scienza Italiana.

Fra i numerosi allievi sparsi per tutta l'Italia è sorta pronta l'iniziativa di ricordare in modo degno la memoria del comune Maestro, dando vita ad un'opera, che ne perpetui il Nome nell'Università di Bologna, ove Egli per 35 anni diffuse la luce del Suo alto sapere e diede esempio di civile operosità.

Il grande Istituto di Anatomia Patologica, da lui fondato e diretto per molti anni, ne ricorderà nel marmo il nome e le opere. Il sentimento d'affetto e di ammirazione, che Egli ha saputo trasfondere nell'animo dei suoi allievi e colleghi, avrà in tal modo la sua piena espressione.

Le adesioni ed i contributi si ricevono possibilmente non oltre il 31 marzo 1929 presso il prof. Forni Gherardo, Istituto di Patologia Chirurgica, Ospedale S. Orsola, o il dott. Vigi Ferruccio, Istituto di Anatomia Patologica, via Irnerio, 48 - Bologna.

Per i collaboratori.

(*Norme per la bibliografia italiana*).

Per ottemperare alle istruzioni emanate dal Consiglio nazionale delle Ricerche, che tendono ad organizzare la Bibliografia scientifico-tecnica italiana, in modo tale da adempiere veramente allo scopo per cui fu voluta dal Capo del Governo, cioè di mettere in evidenza razionalmente, l'attività nel campo della scienza e delle sue applicazioni, occorre che tutti gli articoli, pubblicati nelle più importanti Riviste, siano accompagnati da un breve sunto redatto dallo stesso Autore.

Perciò gli Autori sono pregati di inviare insieme al manoscritto od alle bozze corrette il *breve* sunto richiesto.

Il sunto non dovrà superare le 5 o 6 righe; solo in casi eccezionali potrà arrivare fino a 10 righe. Tale sunto è destinato appunto ad essere poi pubblicato nella Bibliografia scientifico-tecnica italiana curata dal Consiglio nazionale delle Ricerche.

ERNESTO TRICOMI.

Ernesto Tricomi non è più!

Una broncopolmonite, che lo ha colpito in condizioni di debolezza, ha messo fine alla sua vita attiva e gloriosa! Egli è morto a Bogliasco, dove era andato nella speranza di ritemprare le sue



forze col riposo e con le cure affettuose della famiglia.

Laureato a Napoli, fu assistente di Anatomia patologica in quella città e poi a Roma aiuto della Clinica chirurgica. Quivi, educato alla scuola del Durante, presto si distinse, tanto da vincere a soli 30 anni, il concorso per la cattedra di Patologia chirurgica nella R. Università di Padova. Egli ebbe poi, per concorso, la cattedra di Clinica chirurgica e Medicina operatoria della R. Università di Messina ed, in seguito, nel 1902 quella di Bologna: da questa cattedra nel 1903 passava all'altra di Palermo, chiamato a voti unanimi dai colleghi di Facoltà ed in quella città stette a condurre sino alla fine una vita ardentemente operosa.

Fra le numerose pubblicazioni, di grandissimo pregio sono quelle relative alle infezioni chirurgiche ed alle splenectomie: sulle infezioni chirurgiche scrisse anche un Trattato, che fu tradotto all'estero e tenuto in gran conto.

Primo in Italia (1894) resecò, per neoplasma, tutto il lobo sinistro del fegato e fu tra i primi a praticare la gastrectomia totale, ottenendo nell'un caso e nell'altro felice successo.

Nelle diverse città, dove profuse il tesoro del suo insegnamento, è pieno il ricordo della sua parola chiara ed efficace e sparsi dapertutto in Italia sono allievi valorosi, ch'ebbero da lui la dottrina e la perizia per l'esercizio della chirurgia.

A Palermo, dove rifulsero le sue singolari qualità nel pieno rigoglio, era onore dell'Ateneo ed era dalla cittadinanza venerato e benedetto.

Negli ultimi anni, sempre instancabile, fondò un Istituto di Medicina Sociale, occupandosi della lotta contro il cancro e la tubercolosi con entusiasmo giovanile e con fervore di apostolo.

Al Maestro insigne, che possedeva ed insegnava in perfetta armonia la scienza e l'arte chirurgica, al benemerito dell'umanità, tutta la nostra commossa riverente ammirazione!

F. PURPURA.

Mentre andiamo in macchina apprendiamo con vivo dolore la morte del Prof. GHERARDO FERRERI, direttore della R. Clinica Oto-rino-laringoiatrica di Roma; del Prof. ALDO PERRONCITO, direttore dell'Istituto di Patologia Generale della R. Università di Pavia, e del Prof. FILIPPO SPECIALE CIRINCIONE, direttore della R. Clinica Oculistica di Torino.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVI Roma, 4 febbraio 1929 Num. 5

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO

QUESTIONI DEL GIORNO.

Una forma morbosa riferibile alla malattia di Brill osservata in Roma.

Durante i mesi estivi, dal maggio all'ottobre, e prevalentemente in agosto, si osservano a Roma delle forme morbose febbrili, della durata di 10-15 giorni, a decorso uniforme, accompagnate da un esantema a caratteri ben determinati, non diffusibili, non contagiose, ad esito quasi sempre favorevole. La conoscenza di queste forme risale al 1920; nel 1927 e 1928 si osservò un incremento probabilmente dovuto non ad una maggiore estensione della malattia, ma a più sicuri criteri diagnostici ed a una maggiore diligenza nella denuncia da parte dei medici. Furono denunziati 36 casi nel 1927; 65 nel 1928.

G. Pecori (*Annali d'Igiene*, 1929, n. 1) prende in esame questa forma morbosa studiandola dal punto di vista clinico, epidemiologico ed eziologico.

Il quadro clinico corrisponde a quello che si osserva nella *malattia di Brill*, la quale si ritiene una forma attenuata di tifo petecchiale.

La malattia si inizia bruscamente con febbre, stanchezza, cefalea, dolori diffusi, esantema; talora sopore o delirio. Rare sono le manifestazioni a carico degli organi interni.

L'esantema compare al terzo o quarto giorno di malattia e sotto forma di macule appena rilevate di varia grandezza, da un grano di miglio ad una lenticchia, di forma rotondeggiante, di colorito per lo più roseo, le quali in alcuni infermi prendono l'aspetto di papule e frequentemente si trasformano in petecchie. L'esantema che

inizia contemporaneamente sul tronco e sugli arti, ad eruzione completa, ossia dopo due giorni, si trova diffuso all'addome, al dorso, nelle parti distali degli arti, talora anche alla faccia e sul capo.

L'esito è quasi sempre favorevole; tra gli ammalati del 1927 e 1928 si sono avuti solo tre decessi, ma per due di essi, di età avanzata, il decesso più che alla malattia è da incolpare alle croniche lesioni polmonari, vascolari e cardiache. Nell'unico caso dove la morte sembra essere dovuta esclusivamente alla malattia in corso, all'esame istologico della cute, in corrispondenza dell'eruzione, si sono riscontrate le caratteristiche alterazioni dei capillari e gli infiltrati perivasali che si descrivono come tipico reperto nel tifo petecchiale.

Le osservazioni epidemiologiche fatte nei casi verificatisi nel 1927 e 1928 hanno dimostrato che tra un malato e l'altro non vi è anello che possa fare ammettere contagio per contatto diretto. Vi sono due coniugi che ammalano contemporaneamente; vi sono due casi comparsi in famiglie che l'anno precedente avevano avuto un altro membro della famiglia colpito dalla infezione; vi sono due bambini, che ammalano a distanza di due mesi, coabitanti in un aggruppamento di baracche. Questo andamento epidemiologico dimostra che i veicoli della infezione sono diversi da quelli conosciuti per il tifo petecchiale. I casi compaiono sporadicamente qua e là nei diversi quartieri, specialmente nella zona periferica.

Tutte le età sono colpite dalla malattia. Non vi sono differenze riguardo al sesso; l'infezione è stagionale in quanto i casi si sono osservati solo dal mese di maggio all'ottobre, con prevalenza nel mese di agosto.

In nessuno dei malati accolti all'ospedale di isolamento del Governatorato fu potuta dimostrare la presenza di pidocchi delle vestimenta.

L'inchiesta epidemiologica mise invece in evidenza il fatto che la malattia nel 95 % dei casi si era manifestata in ambienti dove convivevano dei *cani parassitati da zecche* (*Rhypicephalus*); alcuni degli ammalati anzi asserivano di avere trovato delle zecche sulla loro persona, e in due o tre di essi si sono anche riscontrate lesioni cutanee *riferibili a punture di zecche*.

Queste osservazioni cliniche e epidemiologiche sono state integrate con ricerche di laboratorio rispetto alla formula leucocitaria, all'emocoltura, alla ricerca del Proteus X_{19} nelle urine, alla trasmissione del virus nelle cavie, alla reazione di Weil-Felix. Solo questa reazione ha dimostrato la stretta parentela tra la malattia esantematica estiva di Roma e il tifo petecchiale, in quanto si è avuto Weil-Felix positiva nella maggioranza dei casi, almeno negli adulti, quando la presa di sangue si faccia a periodo avanzato della malattia o nel susseguente periodo di convalescenza.

Nei bambini invece la reazione di Weil-Felix suole dare risultato negativo probabilmente perchè in essi, come si osserva per il classico tifo petecchiale, la malattia decorre in modo assai mite.

Le agglutinine per il Proteus X_{19} non resistono alla temperatura di 70° C. e la loro termolabilità a temperature inferiori è in ragione inversa del titolo agglutinante. Questo prova che un preteso carattere distintivo tra tifo petecchiale e morbo di Brill fondato sulla maggiore o minore resistenza al calore delle agglutinine è da considerarsi solo come un fenomeno quantitativo.

Dopo avere con tanta accuratezza studiata la malattia esantematica estiva di Roma dal punto di vista clinico ed epidemiologico, Pecori affronta la questione della natura della infezione considerando quali rapporti questa possa avere colla speciale forma di febbre eruttiva descritta nel 1920 dal Carducci, col tifo petecchiale, col morbo di Brill, col cosidetto tifo tropicale o di Malesia, con la febbre di Marsiglia.

Il Carducci ha voluto fare una entità morbosa della malattia, che egli per il primo descrisse, differenziandola dal tifo petecchiale perchè l'esantema, papuloso e non emorragico, si manifesta specialmente negli arti, perchè la malattia non è contagiosa, perchè la reazione di Weil-Felix è di solito negativa. A consimili differenze si riferiscono alcuni degli AA. che nel 1928 si sono occupati della cosidetta febbre di Marsiglia, malattia esantematica non contagiosa, benigna, estiva, non dovuta al pidocchio, ma che si presume trasmessa mediante le zecche tanto che gli AA. francesi descrivono nei malati, come reperto quasi costante, la *tache noire*, una piccola macchia nerastra che corrisponde alla puntura dell'acaro. I dati sulla reazione di Weil-Felix sono discordi: alcuni la trovano costantemente negativa; altri la riscontrano positiva purchè si prelevi il sangue parecchi giorni dopo l'inizio della malattia.

Per quello che riguarda il morbo di Brill la sua stretta parentela con il tifo petecchiale è dimostrata dalla positività della Weil-Felix e dal fatto constatato che gli individui che hanno superato la forma mite di Brill restano immuni dal tifo petecchiale epidemico.

Ora dal punto di vista clinico tutte queste malattie presentano il quadro nosologico del tifo petecchiale quando come termine di confronto non si prenda il tifo esantematico grave, come suole comparire durante le estese epidemie in individui menomati da fatica eccessiva (in guerra), da carestia, da cattive condizioni di vita, ma il quadro del tifo petecchiale a virus attenuato, come si verifica nelle piccole esplosioni epidemi-

che, nei luoghi di endemia, ad esempio in Algeria e in Malesia, nell'età infantile.

In queste condizioni si osservano quadri clinici che si sovrappongono completamente a quelli presentati dal morbo di Brill, dalla febbre di Marsiglia, dalla febbre estiva di Roma. Nè è da dare grande valore alle differenze morfologiche della eruzione cutanea, perchè anche nel classico tifo esantematico si possono avere macchie maculose senza trasformazione in petecchie e perchè nelle papule delle forme descritte dal Carducci e dagli AA. francesi la lieve tinta giallastra alla pressione, le macchie brunicce che residuano sulla pelle alla fine della malattia, il colore violaceo echimottico che assume la papula, stanno a dimostrare un fenomeno emorragico.

Le constatate contraddizioni, anche per quello che riguarda la febbre di Marsiglia, sui risultati della reazione agglutinante sul Proteus X_{19}, trovano spiegazione in diversi fattori: ricerca della reazione di Weil-Felix precoce; reazione eseguita su un solo stipite di X_{19}; mutamenti del potere di agglutinabilità del proteo sensibilissimo a questo riguardo al Ph dei terreni di coltura; decorso mite della infezione.

Di fronte a fatti positivi non si possono opporre fenomeni negativi; nella stessa febbre di Marsiglia altri AA. hanno avuto Weil-Felix positive, e Weil-Felix positive si sono osservate con straordinaria frequenza nella febbre estiva esantematica di Roma; la negatività riscontrata da altri si deve quindi riportare a cause contingenti che nulla tolgono alla asserzione che per il decorso clinico e le reazioni serologiche tifo petecchiale, morbo di Brill, febbre di Marsiglia, febbre esantematica estiva di Roma sono dal punto di vista eziologico strettamente collegate fra loro, così che le diverse malattie, che alquanto si allontanano dal tipo classico del tifo petecchiale, possono riferirsi a virus identici a quelli del vero tifo esantematico sia pure in parte trasformati e attenuati.

Questa *trasformazione* e *attenuazione* è probabilmente in rapporto, secondo il Pecori, con l'insetto vettore del virus, dato che dal morbo di Brill, dalla febbre di Marsiglia, dalla febbre di Roma il pidocchio deve essere escluso. Ne viene quindi, oltre una diversa figura clinica, anche un *diverso andamento epidemiologico*.

Il pidocchio delle vestimenta è parassita invernale per cui è specialmente nella stagione fredda che si verificano le epidemie di tifo petecchiale, mentre il frequente passaggio del virus da individuo a individuo, data la facilità con la quale i pidocchi emigrano da ospite a ospite, ne aumenta la virulenza.

In assenza di pidocchi, occorre pensare ad altri insetti, che secondo quanto sino dal 1927 era stato riferito dal Pecori alla Direzione della Sanità pubblica, sono con grande probabilità da identificarsi con le zecche del cane. Queste zecche, che hanno un ciclo di sviluppo estivo, pungono accidentalmente anche l'uomo, trasportando il virus da ancora ignoti serbatoi in individui sani. Si spiega così la *mutata fisionomia epidemiologica* del dermotifo, trasformato in infezione estiva, sporadica, non contagiosa, non diffusibile ed a mite decorso clinico per le modificazioni che il virus può subire attraverso un ospite intermedio diverso dal pidocchio.

Questa forma attenuata viene da Pecori chiamata « dermotifo estivo non diffusibile ».

La comparsa del dermotifo tipo Brill in una regione non costituisce quindi affatto un indice di riaccensione epidemica del vero tifo esantematico, pur essendo indice di focolai latenti di virus petecchiale.

Prof. A. ALESSANDRINI.

NOTE E CONTRIBUTI.

Il fenolo è ancor sempre il migliore antisettico nella preparazione del vaccino antirabbico, di cui aumenta pure l'efficacia.

Prof. CLAUDIO FERMI - Sassari.

Fra i tanti antisettici il fenolo 1% mantiene ancora, dopo oltre un ventennio da che io lo introdussi nella preparazione del vaccino e siero vaccino antirabbico, il suo primato nella conservazione dell'efficacia della sterilità dei due prodotti antirabbici. Infatti, esso è il solo che oltre mantenere il vaccino, il siero vaccino ed il siero sterili per mesi, non ne danneggi l'efficacia.

Tutti gli altri antisettici provati da me, quali il sublimato, l'ermofenile, l'actolo, l'argento colloidale, il protargolo, il bleu di metilene, il timolo, ecc.; e da altri quali il tricresolo (Babes), il sublimato (Ferran), la glicerina, il formolo (Lantureux), sono più o meno dannosi.

La superiorità del fenolo nella conservazione dell'efficacia di altri antigeni è stata constatata pure da diversi autori. Così:

Levi della Vida (1), studiando la produzione di agglutinine del paratifo B. nei conigli e nelle cavie, conclude:

« 1) che con colture trattate con fenolo ha ottenuto sieri a titolo più alto che col formolo »;

« 2) che le emulsioni di germi uccisi col fenolo danno gli stessi risultati dei germi vivi »;

« 3) che uccisi col fenolo conservano il potere agglutinabile per 3 mesi, mentre che col formolo, lo conservano solo per due ».

Rinaldi e Sette (2), pure pubblicano:

« Dal complesso delle nostre esperienze è dato

« poter concludere che delle sostanze da noi prese « in esame, *l'acido fenico è quello che più si « presta per la conservazione degli antigeni ogni « volta si voglia garantirli da possibili inquina- « menti* ».

« Per quanto riguarda poi la conservazione « degli anticorpi, risulta che *è da preferire l'aci- « do fenico al formolo in quanto, quest'ultimo, « li distrugge con grande rapidità* ».

Ecco, infine che cosa pubblica il Direttore dell'Istituto Pasteur di Keijo (Corea):

« Una soluzione di acido fenico è risultata la « più adatta, fra diverse altre sostanze chimiche, « nella conservazione della virulenza del virus « fisso. *La glicerina, invece, quantunque conside- « rata una delle migliori, si è dimostrata inferio- « re. Le nostre esperienze ci incitano a credere « che il fenolo è preferibile alla glicerina, sia per « la conservazione del virus, sia per la prepara- « zione del vaccino* ».

Non solo, ma oltre conservare meglio il vaccino, il siero ed il siero vaccino, pare proprio, cosa quasi incredibile, che il fenolo ne aumenti pure l'efficacia, come risulterebbe dalle seguenti mie esperienze.

Esperienza I. — (19 novembre 1913). A un cane si praticano 2 iniezioni al giorno per 20 giorni, ed un altro cane si tratta come il primo, ma con vaccino non fenicato e poscia 20 giorni dopo la fine del trattamento si salassano i due cani, se ne prepara il siero e se ne prova, *more solito*, (1) il potere lissicida ed immunizzante sui sorci albini.

Risultato. — Mentre il potere lissicida del siero ottenuto col vaccino fenicato si dimostrò attivo anche a 3/10 di cmc., quello invece del siero ottenuto col vaccino non fenicato non lo fu che a 5/10.

Mentre il potere immunizzante del siero dei cani, trattati con vaccino fenicato fu efficace anche principiando le iniezioni nei sorci infettati 96 ore prima, invece si dimostrò inefficace iniettato dopo detto tempo il siero ottenuto con vaccino non fenicato.

Esperienza II. — (20 agosto 1914). A 3 cani iniettati con virus fisso sottocute praticai per 4 giorni 2 iniezioni al giorno di 5 cmc. di siero antirabbico fenicato di cavallo, 40 cmc. in tutto; e poscia per altri 4 giorni praticai loro 2 iniezioni al giorno di 3 cmc. di vaccino fenicato.

Ad altri 3 cani praticai lo stesso trattamento, ma con siero e vaccino non fenicati.

Risultati. — Mentre tutti e 3 i cani trattati con siero e vaccino fenicati sovravvissero, degli altri 3 trattati nello stesso modo, ma con siero e vaccino non fenicati, ne soccombette uno di rabbia.

Esperienza III. — Mentre sorci albini si salvarono tutti, principiando il trattamento con siero fenicato 96 ore dopo l'infezione sottocutanea di virus fisso, cioè 2-3 giorni prima della morte, soccombettero invece trattati con lo stesso modo, ma con siero non fenicato.

Del resto il Signorelli (3) non constatò forse che il fenolo, non solo conserva le proprietà di alcuni antigeni e sieri, ma che persino le aumenta?

Ecco le sue conclusioni:

« a) *il fenolo aumentò la sensibilità della reazione di Wassermann;*

« b) *il fenolo aumentò pure il potere paralizzante di speciali componenti;*

« c) *la maggiore attività degli estratti sifilitici acquosi, rispetto agli altri alcoolici, potrebbe spiegarsi con la presenza del fenolo;*

« d) *in 82 dei 141 sieri sperimentati, il fenolo ne aumentò il valore* ».

Non solo, ma secondo Haberlin, il fenolo avrebbe esercitato un'azione favorevole persino sulla rabbia dichiarata, ciò che peraltro, io non potei confermare. Ecco quanto concludesi in proposito nel lavoro di questo Autore (4).

« Haberlin inietta ad un morsicato nel giorno « dell'attacco alle 8,30 pomeridiane, 10 cmc. di una « soluzione di fenolo all'1 % nel sottocutaneo del- « l'addome, alle nove altri 10 cmc. al 2 % inie- « zione che ripete dopo un'ora. Alle 11 impercet- « tibile miglioramento. Altre iniezioni di fenolo « all'1 % vennero fatte sino alle 8 antimeridiane, « in tutto 11 iniezioni di fenolo all'1 % e due « al 2 %.

« Alle 2 antimeridiane, cioè 6 ore dall'inizio del « trattamento si ebbe sonnolenza e poscia l'am- « malato poteva camminare liberamente. Non eb- « be più bisogno di essere cateterizzato. Al 6 gior- « no riprese il lavoro. *Non si potè dimostrare « nessuna azione deleteria del fenolo* ».

Hermann (5), viceversa con mia meraviglia, pubblica:

« Il fenolo sembra non possedere, contraria- « mente a quanto sostiene Fermi, nessun potere « immunizzante ».

Ora, ripeto, io non ho mai pubblicato che il fenolo possiede potere immunizzante contro la rabbia, anzi, da ben 13 anni fa, contro Haberlin, dimostrai proprio il contrario, *cioè che il fenolo non ha di per se alcun potere immunizzante.*

Ecco l'esperienza da me istituita nel 1915:

Esperienza IV. — (7 giugno 1915). A 4 ratti infettati di virus di strada sottocute, si praticarono 4-6-8 e persino 10 iniezioni al giorno di 0,5 cmc. di fenolo all'1 %, iniettando in tutto rispettivamente 40-60-80-100 cmc.

Ad altri 4 ratti infettati, come sopra, si praticarono per controprova 2 sole iniezioni al giorno per 15 giorni di 0,5 cmc. di vaccino fenicato.

L'esperienza coi relativi risultati figura nella sottostante tabella.

Data della infezione	Animali	Via d'inoculaz.	Quantità iniet.	Materiale infettante	Data inizio immuniz.	N. iniezioni al gior.	N. giorni immuniz.	Qnantità per iniz.	Materiale immunizzante	Quantità iniettata	Data inizio paralisi	Data morte
		Potere immunizzante del fenolo 1 %										
1915	ratto	sottocute	cc 1/2	V.F	7—6	4	10	cc 1/2	fenol. 1%	cc 40	18/6	19/6
7—6	»	»	»	»	»	6	10	»	» »	60	»	»
	«	»	»	»	»	8	10	»	» »	80	»	»
	»	»	»	»	»	10	10	»	» »	100	»	»
		Potere immuniz. del vaccino fenicato 1 %										
	ratto	sottocute	cc 1/2	V.F	7—6	2	15	cc 1/2	vaccino fenicato	cc 30	vive	
	»	»	»	»	»	2	15	»	» »	30	»	
	»	»	»	»	»	2	»	»	» »	30	»	
	»	»	»	»	»	2	»	»	» »	30	»	

Risultato. — Mentre tutti i ratti trattati con vaccino fenicato, naturalmente, si salvarono, invece soccombettero tutti dopo 11 giorni dall'infezione quelli trattati con fenolo.

Mentre i ratti trattati con vaccino fenicato non presentarono, come al solito, disturbi di sorta, invece quelli trattati con fenolo solo, presentarono ad ogni iniezione un forte tremito. Ciò conferma quanto dimostrai e sostenni più volte che la sostanza nervosa (e probabilmente i colloidi in genere) diminuisce grandemente il potere battericida e tossico del fenolo 1 %, per cui il vaccino fenicato 1 % (contro Babes e Novi, ecc.) non è nè può essere tossico.

Ma su ciò torneremo in altra nota.

BIBLIOGRAFIA.

(1). LEVI DELLA VIDA. Annali d'Igiene, 1919.

(2). RINALDI e SETTE. *Influenza dell'acido fenico e del formolo nella conservazione di alcuni reattivi biologici.* Ann. d'Ig., luglio 1927, pag. 460.

(3). SIGNORELLI G. *Phenol auf die Wassermann'sche Reaktion.* Zeitschr. f. Immunitätforsch. Orig., Bd. 19, 1913, pag. 293.

(4). HABERLIN. The Journal of the American Medical Association, 61, 1913, pag. 1480.

(5). O. HERMANN. Centr. f. Bakt. I. Abt. Origin., Bd. 96, Keft 2, 1925.

La dose giornaliera di fenolo iniettata col vaccino antirabbico fenicato non è tossica.

Prof. CLAUDIO FERMI - Sassari.

Alcuni autori (Babes, Hermann, ecc.) hanno supposto che la quantità di fenolo introdotta con i 5-6 cmc. di vaccino e sierovaccino fenicato all'1 %, iniettato giornalmente, possa riuscire tossico.

Il Babes per es., scrive:

« Il ne faut cependant pas oublier que chez l'homme une grande quantité d'acide phénique introduite dans l'organisme (1,5-4 grammes) n'est pas indifférente et peut produire des symptômes alarmants ».

Ora, ciò non è vero. Infatti:

1) Mentre la dose massima, pro die, di una soluzione di fenolo all'1 % è di 60 cmc. io ne inietto solo 6-10 cmc., cioè 6-10 volte di meno.

2) Inoltre, come risulta da mie esperienze, il fenolo mescolato con emulsioni di sostanza nervosa 5 %, perde molto del suo potere tossico.

3) Haberlin pratica in un giorno 11 iniezioni all'1 % e 2 al 2 % senza disturbi (1).

4) Contro l'osservazione dell'Hermann poi che il fenolo possa arrestare lo sviluppo nei conigli giovani, rispondo quanto pubblicai già altrove (2), cioè che:

a) « In 187 su individui curati, si ebbe un aumento di peso e precisamente di 200-300 grammi in 48 morsicati; di 1000-1500 gr. in 60 morsicati e di 2000-2500 gr. in 4 morsicati ».

b) Un simile aumento si è constatato pure negli animali. Ciò che è stato confermato anche dal Puntoni (3) che scrive:

« Durante il trattamento i conigli di tutti i tre lotti mantennero il loro peso o lo aumentarono alquanto. Nei 15 giorni seguenti la vaccinazione, si ebbe in tutti invariabilmente, una elevazione più o meno considerevole di peso ».

Ed altrove di nuovo (4):

« Se i conigli sono sani e giovani, il loro peso seguita ad aumentare durante la vaccinazione e nei giorni che ad essa seguono; si sono avuti conigli che durante i 40 giorni intercorrenti fra l'inizio della vaccinazione e l'infezione sottodurale, hanno aumentato il loro peso di circa 1/2 kg. ».

5) Nessuno dei numerosi rabbiologi che usano da molti anni il vaccino fenicato ha osservato fenomeni di intossicazione da fenolo, nelle migliaia di vaccinati.

Così:

a) Marie, Remlinger e Vallée (5) scrivono: « En particulier par Novy qui craint à la longue les effets de l'acide phénique dans l'organisme, danger qui nous semble peau à redouter ».

b) Kraus, Gerlach e Schweinburg (6), scrivono:

« Novi ha obiettato che la dose di fenolo usata, benchè quotidianamente debole, possa, iniettata per 3 settimane, riuscire tossica. Questa obbiezione, data la piccola quantità giornaliera di grammi 0.03, non ci sembra giustificata. Sta di fatto che secondo il Puntoni il vaccino fenicato non avrebbe peggiorato le condizioni di salute neppure dei nefritici ». (Novi hat gegen die Fermische Methode Bedenken in der Richtung geaussert, dass

die Carbolsäure, die durch drei Wochen, täglich, wenn auch in kleinen Mengen, injiziert wird, dem Organismus schaden könnte. Dies scheint uns bei derart kleinen Mengen (0.03 g. pro die) kein berechtigter Einwand. Tatsächlich hat Puntoni auch Nephritiker onne jede Verchlechterung ihres Zustandes nach dieser Methode behandelt).

6) Ma, ciò che più vale, si è che in un ventennio non si è mai osservato nell'Istituto antirabbico di Sassari, il minimo disturbo né nell'uomo, né nelle migliaia di animali vaccinati (cani, conigli, cavie) e neppure negli innumerevoli muridi, che oltre essere sensibilissimi al fenolo, ne hanno, in proporzione, ricevuto dosi parecchie diecine di volte superiori a quelle iniettate all'uomo.

BIBLIOGRAFIA.

(1) HABERLIN. The Journal of the American Medical Association, 61, 1913, pag. 1423.
(2) FERMI C. *I metodi Fermi di vaccinazione, ecc.*, 1924, pag. 132.
(3) PUNTONI V. *Un metodo di vaccinazione antirabbica con emulsioni fenicate di virus fisso a virulenza graduata.* Ann. d'Ig., a. XXXI, fasc. 7, Roma 1921, pag. 7.
(4) ID. *L'autovaccinazione antirabica.* Nuova Veterinaria, 1923, pag. 12.
(5) MARIE, REMLINGER e VALLÉE. *Rapports préliminaires, etc.*, 1927, pag. 35-36.
(6) KRAUS, GERLACH e SCHWEINBURG. Lyssa bei Mensch und Tier, 1926, pag. 325.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Risultati vicini e lontani della toracoplastica extra pleurica

per il prof. E. CURTI - Brescia.

L'ammalato veniva collocato seduto sul lettino operatorio appoggiato col petto e col capo ad un comodo sostegno, ed in posizione tale da permettere di ben lussare all'esterno la scapola.

Fu sempre usata solamente l'anestesia locale.

L'intervento fu eseguito in due tempi. Nel primo con un taglio longitudinale dall'angolare della scapola fino all'ultima costa, venivano asportate 5-6 coste per il tratto maggiore possibile, anche 12 e più cm.

Guarito il primo taglio (cioè dopo circa 12 giorni) si procedeva al secondo tempo, cioè all'asportazione delle coste superiori con un taglio curvilineo che dalla regione sopra spinosa si spingeva con arco a concavità verso l'esterno, attorno alla scapola, fin verso l'ascellare media; avendo l'avvertenza di lasciare circa un centimetro di cute integra tra il primo e il 2° taglio così che non si riaprisse la prima incisione.

Anche in questo secondo tempo cercammo di asportare il maggior tratto possibile di costa. Le coste venivano asportate avendo cura di conservare il periostio perchè (dopo) si potesse avere un piastrone protettivo.

La II costa veniva asportata se lunga, la 12ª mai.

Notai costantemente nei miei malati una abbondante vascolarizzazione sanguigna dei tessuti che obbligava ad una accurata emostasi e a lasciare un notevole drenaggio che veniva tolto in 5ª giornata.

Non ci capitò mai di ledere l'arteria intercostale.

Non ci preoccupammo di eventuali lacerazioni pleuriche, perchè dato che si operava su pazienti con vaste aderenze pleuriche, non vi era a temere un violento collasso polmonare.

La frenicotomia venne associata e quasi sempre eseguita durante il primo tempo dell'intervento, dopo constatata la necessità di immobilizzare il diaframma (*frenicotomia integrativa*).

Non vedemmo mai la necessità di una *frenicotomia preparatoria* per l'intervento toracoplastico, data la poca entità dell'atto operativo frenicotomico, e dato che suddivisa la toracoplastica in due tempi, gli ammalati sopportavano molto bene i due interventi e dato che non comprendemmo che cosa dovesse « preparare » una semplice frenicotomia in pazienti con lesioni vaste e tali da rendere la toracoplastica unica e ultima ratio.

La casistica mia non è molto numerosa: una quindicina di casi (ne riferisco in calce alcuni) un po' perchè la toracoplastica è un intervento indubbiamente doloroso, al quale non sempre è facile persuadere i malati, un po' perchè casi nei quali concorrano quelle condizioni permettenti, di cui dirò in seguito, non sono frequenti, un po' perchè ritengo che il metodo curativo è ancora troppo poco noto ai medici (specie ai medici condotti) e i malati non vengono mandati per l'intervento.

Vediamo di trarne alcune considerazioni dalla casistica mia. Anzitutto non vi fu nessun decesso nè durante l'atto operativo, nè come conseguenza di questo e ciò pur avendo scelto (specie nei primi tempi) malati gravissimi, con notevole deperimento organico e adinamia di origine tossica. Credo che a prescindere da ogni altro fattore di tecnica operatoria, abbia contribuito ad evitare i decessi operatori, l'aver sempre eseguita l'operazione in due tempi diminuendo così lo schoc traumatico ed evitando la rapida compressione del polmone colla conseguenza indiretta sul circolo.

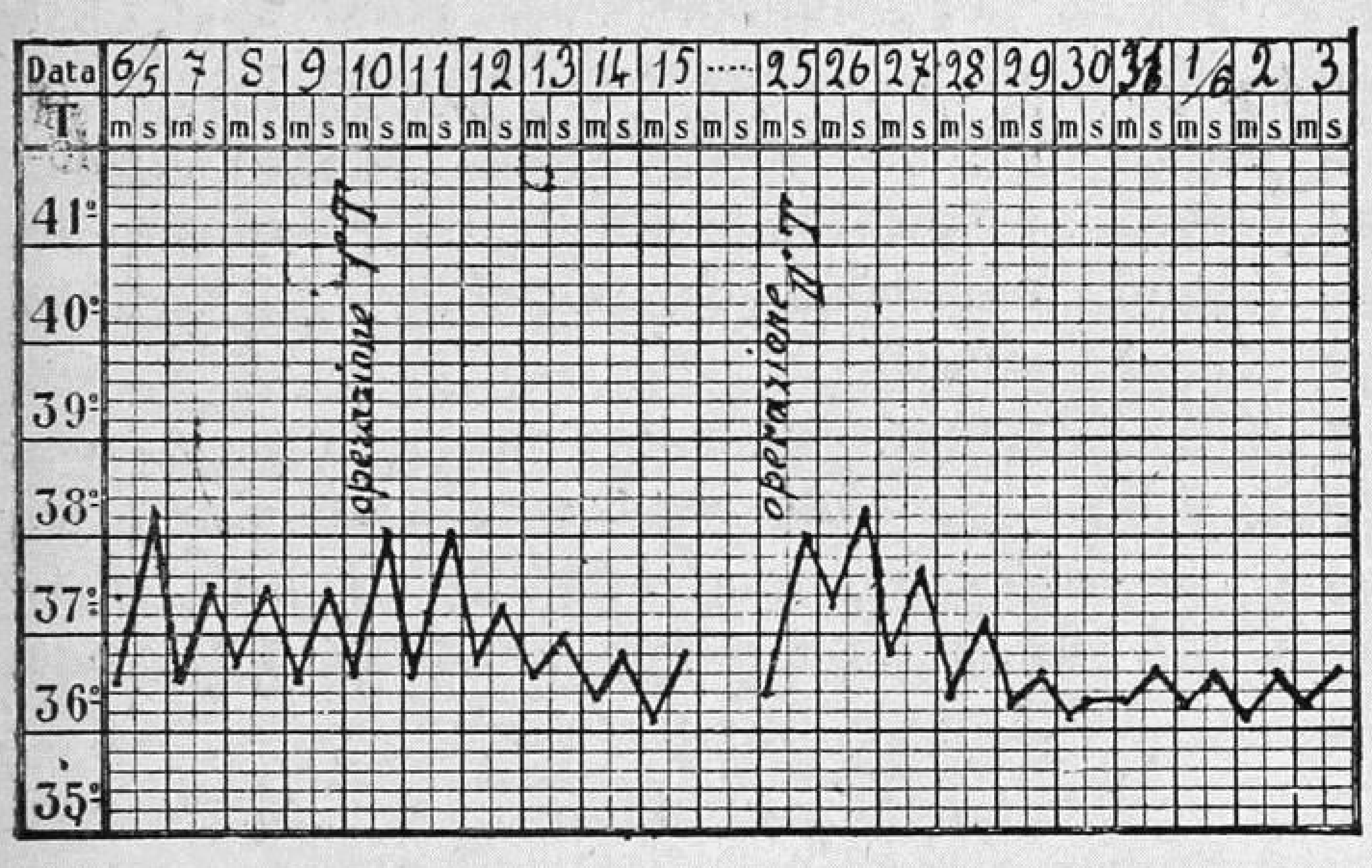
Prima di parlare dei risultati ottenuti nei miei malati, ricorderò che i casi scelti furono indubbiamente gravi, sia perchè nei primi tempi sperimentai in pazienti nei quali anche nella peg-

giore ipotesi non avrei potuto nuocere, sia perchè è logico pensare che se non era possibile la cura pneumotoracica, se la frenicotomia sola a nulla avrebbe valso, se la cura medica e climatica a nulla aveva giovato, era per le condizioni certamente non buone.

I risultati dell'intervento è bene distinguerli in risultati immediati e in risultati lontani.

Quelli immediati furono ottimi in tutti gli operati, anche in coloro nei quali si ebbe dopo qualche tempo un exitus per complicanze.

Questi benefici effetti si possono così riassumere: forte diminuzione o scomparsa della febbre (v. grafica), diminuzione della tosse e dell'espettorato, cessazione delle emottisi, scomparsa dei sudori notturni e della tossiemia tubercolare e conseguentemente ritorno dell'appetito e delle forze.



Gli effetti lontani delle operazioni furono diversi a seconda dei malati o meglio della natura e della sede del processo tbc. nel polmone, e dello stato generale di resistenza organica. Un attento esame di questi risultati ci fornirà una più esatta indicazione sulla scelta degli operandi.

Prima di iniziare l'esame dei risultati a distanza vediamo di stabilire, se è possibile, a che cosa si debbono attribuire questi benefici effetti.

Non possiamo qui ammettere, come fu a ragione o a torto affermato a proposito della cura pneumotoracica, una influenza benefica dell'azoto (Cantani e Arena) o il distacco pleurico e l'impossibilitato passaggio in circolo delle tossine tubercolari attraverso le stomata dei foglietti pleurici (Livierato) e dovremo qui richiamare le idee di Forlanini a proposito della tisi. Per Lui la tisi è di natura puramente meccanica, e i movimenti respiratori agirebbero sulle lesioni polmonari determinando alterazioni che sarebbero la causa della necrobiosi del tessuto infetto. L'immobilizzazione, la soppressione dei movimenti respiratori sarebbero, secondo Forlanini, le cause della guarigione nella cura pneumotoracica.

Lo stesso concetto possiamo qui applicare: l'immobilità del polmone, la riduzione, se non la soppressione dei movimenti respiratori sarebbero la causa dei risultati della toracoplastica. I benefici effetti del riposo funzionale sarebbero massimi nei primi tempi per il concorso di altre cause alle quali accennerò, sarebbero qualche volta insufficienti a dare la guarigione perchè per ovvie ragioni colla toracoplastica è assurdo pensare si possa ottenere la totale compressione del polmone, l'assoluta soppressione dei movimenti.

Oltre al concetto del beneficio del riposo funzionale, concetto non nuovo in tisiologia polmonare (basti ricordare i tentativi di Cornet, Bol ecc. di immobilizzare il polmone con busti gessati e con fasciature compressive) noi dobbiamo ammettere che per effetto della toracoplastica e dello schiacciamento dei tessuti polmonari con accollamento delle pareti della cavità, avvenga una espressione di tutto il tessuto necrotico e purulento delle caverne e degli alveoli malati, quindi diminuzione di assorbimento dei veleni tubercolari.

Inoltre per effetto della toracoplastica deve avvenire (Sauerbruch) una iperemia venosa nel polmone in collasso e non una ischemia come nel polmone compresso da pneumotorace teso, coi vantaggi che l'iperemia può arrecare (Mayer-Cantani-Arena-Orth).

Come avviene una stasi venosa, così è logico pensare che per effetto della toracoplastica avvenga una stasi linfatica, che secondo le idee esposte da Livierato, Brauer, Graz, Lemke, Shingu, a proposito della cura pnx. potrebbe beneficamente influire per il miglioramento o per la guarigione.

Altro fattore che certamente contribuisce al rapido miglioramento iniziale deve essere il rapido passaggio in circolo di autoantitossine specifiche contenute nel parenchima polmonare compresso. E non dobbiamo infine dimenticare le idee di Volpino il quale ammette che col riposo funzionale polmonare si viene ad impedire o a diminuire l'autoinoculazione di tubercolina che si verificherebbe ad ogni movimento del polmone malato.

In seguito a mantenere il miglioramento devono contribuire in aggiunta ai fattori sopra accennati, una auto immunizzazione attiva e una auto sieroterapia passiva analogamente a quanto avviene nella cura della tbc. col pnx. artificiale. Deve contribuire l'iperproliferazione di tessuto connettivale intraparenchimale e la sostituzione di questo ai tessuti necrotici.

Prendendo in esame gli *effetti a distanza della toracoplastica*, nei miei malati devo subito richiamare l'attenzione sulle diversità di condizioni anatomopatologiche dei singoli pazienti. Nei malati con lesioni torpide, con tendenza alla sclerosi e con buona resistenza organica, i migliora-

menti iniziali diventano poi quasi stabili. Per effetto del riposo, delle migliorate condizioni generali e forse anche di un risentimento traumatico pleurico, la proliferazione connettivale interalveolare che noi sappiamo partire a zaffi dalla pleura, si iniziò intensa così da sostituire il tessuto polmonare malato (che all'esame radioscopico si rivelava come una massa opaca).

In questi casi cioè il riposo funzionale polmonare, pur non essendo completo (sappiamo che esiste una parziale respirazione diaframmatica e una mediastinica), è però sufficiente a dare la guarigione clinica analogamente, ma in modo più intenso, di quanto avviene per il riposo funzionale da frenicotomia.

Nei casi invece di lesioni tubercolari polmonari a tipo caseoso o caseo distruttivo, i buoni effetti iniziali della frenicotomia non sono duraturi.

Le pareti delle caverne non collabite, non compresse, le zone caseose non schiacciate, i movimenti respiratori non eliminati che si ripercuotono meccanicamente sulle lesioni cavitarie, il passaggio continuo per l'inspirazione e l'espirazione da uno stato di congestione ad uno di decongestione del tessuto polmonare non compresso, sarebbero le cause dell'aggravarsi del male in secondo tempo.

A seconda poi della sede delle lesioni nel polmone, i benefici sarebbero maggiori o minori. Se la sede è basilare i risultati saranno certamente migliori perchè alla base lo schiacciamento risulta maggiore che non in alto dove il cingolo scapolare rende insufficiente la compressione. In questo caso la frenicotomia *non preparatoria* per la toracoplastica, ma *integrativa*, si rende necessaria per eliminare i movimenti del diaframma e aumentare la compressione della lesione.

Se il processo tbc. ha sede nel lobo superiore, i risultati lontani della toracoplastica sono incerti. Nei casi miei notai in primo tempo una diminuzione del volume delle caverne e nei casi più favorevoli il collabimento delle pareti, ma mancando la compressione il male riprende a progredire e dopo qualche mese la caverna è ingrandita e la caseosi fusa.

I risultati lontani della toracoplastica variano anche in rapporto ad altri coefficienti:

1) lo stato del parenchima polmonare. Tanto più questo per le alterazioni sue (sclerosi, mancanza di elasticità) e per la vastità delle lesioni avrà perduta la propria retrattibilità, tanto minore risulterà lo schiacciamento e il riposo funzionale;

2) le condizioni della gabbia toracica.

A parità di altre condizioni, è logico che la parete toracica di un giovane, debole, elastica, permetterà una retrazione, uno schiacciamento, e un riposo polmonare maggiore di un torace di adulto a parete costale rigida.

Quali sono dunque *le indicazioni della toracoplastica?*

È consigliabile l'intervento in tutte le forme di tbc. polmonari monolaterali cavitarie o no, senza altre localizzazioni, nelle quali nè cure mediche, nè la frenicotomia sono sufficienti e nelle quali per aderenze pleuriche non è possibile la cura pneumotoracica.

È consigliabile nei casi di pnx. spontaneo, a valvola, quando non è possibile trasformarlo in artificiale per il continuo riprodursi della tensione endopleurica dopo la estrazione parziale di aria.

È consigliabile nei casi di versamento purulento post pnx. non guaribile con lavande pleuriche, poichè noi sappiamo quali siano in questi casi i danni di una semplice costotomia.

Costituiscono controindicazione: le gravi lesioni bilaterali, le localizzazioni extra polmonari; le gravi condizioni cardiache o renali e in genere ogni grave malattia.

Non credo costituisca controindicazione la tossiemia anche grave da lesione tbc. monolaterale, perchè ho visto con quale facilità nei miei malati siano scomparsi i fenomeni tossiemici anche dopo il solo primo intervento.

Non credo si debba prendere in considerazione la possibilità di una toracoplastica bilaterale, non perchè questa non sia possibile tecnicamente e compatibile colla vita (sappiamo dalle esperienze di Carpi e di Breccia che la vita è compatibile con riduzione di superficie respiratoria grandissima, maggiore di quella che si avrebbe con una toracoplastica bilaterale), ma perchè mi sembra inutile sottoporre pazienti ad interventi chirurgici così gravi, col solo scopo di prolungare di poco la vita.

Non voglio qui stabilire un confronto, tra cura toracoplastica e cura pnx. perchè impossibile. Basti ricordare la diversità di indicazione delle due cure e la diversità di risultati che si possono ottenere.

Colla cura pnx. si ha la compressione totale del polmone, il collabimento delle caverne e degli alveoli, l'eliminazione completa della funzione per quel tempo che è ritenuto utile, e in seguito il ripristino totale o parziale della funzione del polmone e quasi sempre senza deformazione del torace.

Nella toracoplastica lo schiacciamento del polmone non è completo, la funzione limitata ma non soppressa. Pur ammettendo (associando alla toracoplastica la frenicotomia), di poter ridurre

al minimo i movimenti polmonari di origine diaframmatica, non potremo mai impedire la funzionalità polmonare dovuta alla trazione mediastinica per aspirazione dell'altro polmone, funzionalità da trazione che sarà tanto più dannosa quanto più le caverne avranno sede in vicinanza del mediastino.

Questa funzionalità polmonare di origine mediastinica e diaframmatica nel caso di pnx. sarà invece nulla per la elasticità (dilatabilità e compressibilità) del gas endopleurico.

Infine nella toracoplastica a cura terminata, non si ha il ripristino della funzione e il torace resta deformato.

Non dobbiamo però dimenticare che la toracoplastica interviene quando la cura pnx. è impossibile e dà la guarigione o il miglioramento dove tutti gli altri presidi terapeutici restano inefficaci.

La toracoplastica potrà essere discussa nei suoi risultati lontani, potrà essere più o meno benevolmente accolta per l'entità dell'intervento e forse perchè non è ancora entrato nelle abitudini del medico il concetto della cura chirurgica della tbc. polmonare, ma finchè non si sarà trovato un nuovo metodo di cura atto a combattere questa malattia in tutti i suoi stadi, di fronte alla inefficacia dei nostri attuali mezzi di cura non mi sembra debba essere trascurato un metodo che, pur presentando una certa gravità, permette, come dice Rénon a proposito della cura pneumotoracica di « gagner du temps, gagner quelques mois, vivre quelques années ».

C. T. di anni 23, da Calcinato. 1ª visita nel gennaio 24. L'a. ha aspetto cachettico, tosse continua e febbre altissima. All'esame obiettivo e al controllo radioscopico, lesione fibro caseosa a tutto il polmone sin. con vasta caverna al lobo superiore e vaste aderenze generali. Polmone destro apparentemente in buone condizioni, così pure gli altri organi. Koch + + +.

Ritenuta necessaria la toracoplastica il primo tempo fu eseguito il 27-2-24, il secondo tempo l'8 marzo 1924. La paziente sopportò bene l'operazione. Degno di nota il fatto della scomparsa immediata della febbre già alcuni giorni dopo il primo intervento. La tosse diminuì così che l'a. potè riposare alla notte, ritornò l'appetito e l'a. lasciò la casa di cura dopo 24 giorni in buone condizioni. A un anno di distanza dall'intervento le condizioni dell'a. erano ottime: non febbre, poca tosse, poco espettorato, senso di benessere tanto che attese alla campagna bacologica. All'ispezione: notevole retrazione dell'emitorace, masse muscolari del cingolo fortemente ipotrofiche. Nella regione sotto claveare sin. si percepiscono piccoli rantoli consonanti. All'esame radioscopico si nota una piccola caverna nel lobo sup. sin. inferiormente una zona opaca che si confonde coll'area cardiaca; diaframma rialzato, mediastino aspirato e spostato a destra dove il polmone è chiaro e in stato di enfisema vicariante.

Nel 1926 l'a. ebbe una gravidanza che portò a termine e volle allattare il proprio bambino. Le condizioni dell'a. peggiorarono e l'a. morì per tbc. intestinale e peritoneale.

R. A. di anni 26, da Pisogne. Gentilizio compromesso. Malaria contratta in Asia.

Pare che il male siasi aggravato in seguito ad investimento automobilistico. Presi in cura l'a. il 31-12-24. Presentava allora grande deperimento generale con masse muscolari scarse e flaccide, tosse insistente, espettorato abbondantissimo, spesso emorragico, anoressia, dispnea, adinamia cardiaca, sudori profusi.

All'esame polmonare broncopolmonite specifica caseo distruttiva a sin. con vasta caverna sotto claveare e vaste aderenze pleuriche. A destra piccoli focolai, fegato e milza aumentati di volume. Dato lo stato di tossiemia del paziente e le condizioni generali fummo incerti sulla possibilità dell'intervento: tentammo tuttavia come « extrema ratio ».

L'a. ebbe un breve collasso durante il primo tempo eseguito il 21-1-25, si riebbe però subito tanto che fu possibile asportare ben 5 segmenti costali.

Già dopo qualche giorno il paziente cominciò a migliorare: la febbre si abbassò, diminuì la dispnea, cessarono completamente i sudori notturni. Il miglioramento fu tale che il 31-1-25 fu possibile eseguire il 2° tempo della operazione. Le condizioni del malato migliorarono al punto da poter alla fine di febbraio fare qualche passeggiata in città.

A distanza di un anno dall'intervento le condizioni del malato sono le seguenti: stato generale buono, notevole aumento di peso; persistono tosse ed espettorato ma in quantità minore, raramente febbre, non sudori notturni; appetito buono, energia discreta. Localmente emitorace retratto e schiacciato così da essere in volume la metà di quello di destra, i movimenti respiratori quasi nulli, i muscoli della metà sinistra del cingolo sono notevolmente ipotrofici. La caverna è notevolmente diminuita per quanto sembri più superficiale per l'atrofia muscolare.

In seguito ad influenza nell'inverno 1925-26 l'a. ebbe broncopolmonite specifica a destra e rapidamente peggiorò.

A. A. da Quinzano. Pleurite nel 23; da allora sempre ammalata. Ai primi di gennaio 1925 riscontrai lesione specifica interessante tutto il polmone destro, lesione a carattere non distruttivo, con tendenza alla sclerosi; diaframma rialzato e immobile. Tentai senza risultato il pnx. Il primo tempo della toracoplastica fu eseguito il 23-1-25. L'a. sopportò bene l'operazione (furono asportati 6 segmenti costali per circa 12 cm. ciascuno); passò notte buona, ebbe tre giorni di febbre poi apiressia completa. Già il giorno seguente l'intervento cessarono totalmente la tosse e l'espettorato. Dieci giorni dopo fu eseguito il secondo tempo pure sopportato bene e dopo 16 giorni l'a. lasciava la casa di cura in buone condiz. A 5 mesi dall'intervento l'emitorace destro era notevolmente retratto, la fossa sottoclaveare accentuata, la scapola alata, non febbre, non espettorato, aumento di peso di 4 kg. All'ascoltazione

respiro tubarico e qualche rantolo nella regione sottoclaveare, alla base respiro quasi abolito.

Non ebbi più occasione di vedere l'a.

T. L. di a. 26. Ebbe pleurite a 11 anni. Proviene dal Sanatorio di Lac Eduard a Quebec (Canadà) inviato dal Direttore del Sanatorio dott. Couillard.

Entrò in casa di cura il 17-11-24. Condizioni generali pessime, febbre altissima, sudori profusi, tosse insistente, espettorato abbondante. Emitorace sinistro retratto. Vaste caverne a tutto il lobo superiore, aderenze pleuriche vaste. Qualche focolaio specifico a destra. Nulla all'addome.

Il primo tempo fu eseguito il 22-11-24 e fu sopportato bene; i risultati ottenuti furono però poco soddisfacenti. La temperatura si mantenne alta, la tosse e l'espettorato diminuirono di poco. Il secondo intervento non fu eseguito che il 13-12-24 per permettere al paziente di ristabilirsi un poco. Alla seconda operazione seguì un abbassamento di temperatura di un grado; l'a. migliorò un poco tanto che potè uscire il 31-12-24. Poco dopo il ritorno a casa si sviluppò nel paziente una enterite tbc. che portò alla tomba l'a. in circa quattro mesi.

A. A. di anni 31, da Marmirolo (Mantova). Nel novembre 24 a Mantova sottoposto a cura pnx. senza risultato per irriducibili aderenze pleuriche. Vidi l'a. il 24-5-25. Condizioni generali deperite; tosse molesta, torace ben conformato.

Obiettivamente lesioni fibro caseose in tutto il polmone destro con vaste aderenze. A sinistra respiro aspro senza fatti umidi, altri organi sani. Il primo intervento fu praticato il 29-5-25, il secondo dopo 10 giorni. L'a. sopportò bene i due atti operativi senza rialzo termico: migliorò rapidamente. Dopo alcuni mesi l'a. fu operato di frenicotomia a destra per immobilizzare il diaframma. Rividi il malato nel giugno 1928; condizioni generali buone: fu quasi sempre occupato in lavori anche manuali. Obiettivamente notevole ipotrofia dei muscoli del cingolo; in basso il polmone è compresso e il respiro scarsissimo; nella regione sottoclaveare invece, si notano piccoli rantoli sottocrepitanti: nulla a sinistra. All'esame radioscopico, al lobo superiore destro due piccole caverne, una sotto l'altra, in corrispondenza del secondo spazio intercostale; in basso zona quasi opaca. Soggettivamente accusa benessere e continua il lavoro.

A. O. di Brescia. L'a. entrò in casa di cura ai primi di settembre 1925 per cura pnx., per lesione cavitaria al lobo superiore destro. Riusciti infruttuosi i tentativi di pnx. per aderenze irriducibili, il giorno 11-9-25 fu operata di frenicotomia: il 15-9-25 fu eseguito il primo tempo della toracoplastica, asportando sei segmenti costali. L'a. ebbe febbre per quattro giorni poi apiressia totale. Diminuirono la tosse e l'espettorato. Il 24-9-25 fu eseguito il secondo tempo, pure sopportato bene con rialzi termici di poca entità; lasciò la casa di cura il 6-10-25. L'a. continuò a migliorare, si occupò come dattilografa in uno stab. industriale dove lavora tuttora. Le condizioni sue attuali, luglio 28, sono le seguenti: emitorace retratto con notevole ipotrofia muscolare; all'ascoltazione respiro aspro in alto, scarso alla base; i rantoli sono quasi totalmente scomparsi: all'esame radioscopico, l'apice è velato, la caverna non è più visibile ed è sostituita da una macchia nera. In basso lo spazio di polmone chiaro è molto ristretto, la cupola diaframmatica fortemente rialzata.

D. G. da Asola di anni 27. Gentilizio compromesso. Tifo nel 19, ammalato dal 1924. A Mantova il 7-1-25 fu inutilmente tentata la cura pnx. a sinistra. Vidi l'a. il 3-2-25 in seguito a forte emottisi. L'a. entrò in casa di cura alla fine del febbraio 25; presentava lesioni fibro caseose estese a quasi tutto il polmone sinistro, non caverna. All'esame radioscopico in alto una zona opaca sotto la quale si vedeva una piccola sacca pneumotoracica a proiezione triangolare col lato inferiore costituito dalla superficie di un modico versamento. Altri organi apparentemente sani. Il primo tempo della toracoplastica venne eseguito alla fine di febbraio del 25. Il secondo intervento fu praticato qualche tempo dopo da un altro chirurgo per motivi riguardanti l'a. Rividi l'a. qualche tempo dopo; le condizioni sue permanevano buone ed attendeva a lavori campestri.

P. B. M. di anni 38, da Oriano. In cura mia dai primi di giugno del 25 per lesioni fibro caseose a destra: nulla agli altri organi. Pnx. impossibile per vaste aderenze. Primo intervento di toracoplastica il 15-6-25; secondo il 29-6; l'a. sopportò bene gli interventi; scomparve la febbre, diminuirono notevolmente tosse ed espettorato. Lasciò la casa di cura l'8 luglio; stette sempre bene e attese ed attende alle proprie faccende di casa. Rividi l'a. nel giugno 28. Condizioni generali ottime; è notevolmente ingrassata ed ha un bel colorito; pochissima tosse; il torace è abbastanza appiattito; il respiro permane debole verso la base; un po' soffiante in alto dove si nota qualche piccolo rantolo. Nulla agli altri organi. Nell'ammalata è notevole il miglioramento, tenuto conto che le condizioni sue iniziali erano tali da mettere in dubbio la possibilità dell'intervento.

C. A. di anni 18, da Cogne. Pleurite nel 1926 a sinistra. Da allora sempre tossicoloso. In cura mia dall'aprile 28, presentava lesioni gravi cavitarie a tutto il polmone sinistro; piccoli focolai a destra, voce afona, febbre elevata, tosse molesta, espettorato abbondante. Il 10-4-28 fu operato di frenicotomia e di toracoplastica, (1° tempo). L'a. sopportò bene l'intervento, ebbe rialzo termico per alcuni giorni, poi apiressia; il secondo tempo della toracoplastica fu eseguito il 25-4-28; seguì rialzo termico per alcuni giorni poi sempre apiressia (vedi curva termica sopra riportata).

Attualmente (20-7-28) condizioni generali ottime; l'a. è notevolmente aumentata di peso, non ha febbre, poca tosse e scarso espettorato; localmente il torace è già notevolmente appiattito; si percepiscono all'ascoltazione rantoli sparsi a piccole bolle.

Gli ammalati sopra riferiti furono operati dal chirurgo dott. Grasso Filippo, coll'assistenza e cooperazione mia.

Brescia, 27-7-28.

Pneumopericardio in seguito a tentato pneumotorace artificiale.

Dott. ERNESTO TAPPAINER
Direttore del Sanatorio Provinciale
Vittorio Emanuele III di Arco.

Credo interessante la descrizione di un caso di pneumopericardio occorsomi in un tentativo di Pnx artificiale, giacchè fino ad ora non mi fu dato trovare descritti altri casi analoghi.

L. G. della classe 1898, prov. di Belluno, entra nel Sanatorio prov. il 22 settembre.

Dall'*anamnesi* è da rilevarsi: nessuna tara ereditaria, nessuna malattia nell'infanzia e fanciullezza. Fece il falegname fino a che fu arruolato nel marzo '917; nel novembre dello stesso anno fu fatto prigioniero. Durante la prigionia soffer-se molti disagi, fame e freddo. Nell'ottobre '918, ammalò di broncopolmonite, fu passato in Ospedale; rimpatriato nel novembre, passò in un Ospedale nostro e poi in convalescenza. Nell'agosto '919, ebbe febbre, tosse, catarro finchè fu congedato.

Ebbe poi una serie di miglioramenti e ricadute fino a che ottenne la pensione e poi di entrare in Sanatorio. Dopo il ritorno dalla prigionia ebbe attacchi epilettici. Ebbe qua e là leggere emoftoe, l'ultima avanti 15 giorni. Nega lue ed alcoolismo.

All'*esame obiettivo* si trova: altezza 1,62 costituzione robusta, buono lo stato di nutrizione, lieve anemia, leggera midriasi a D.

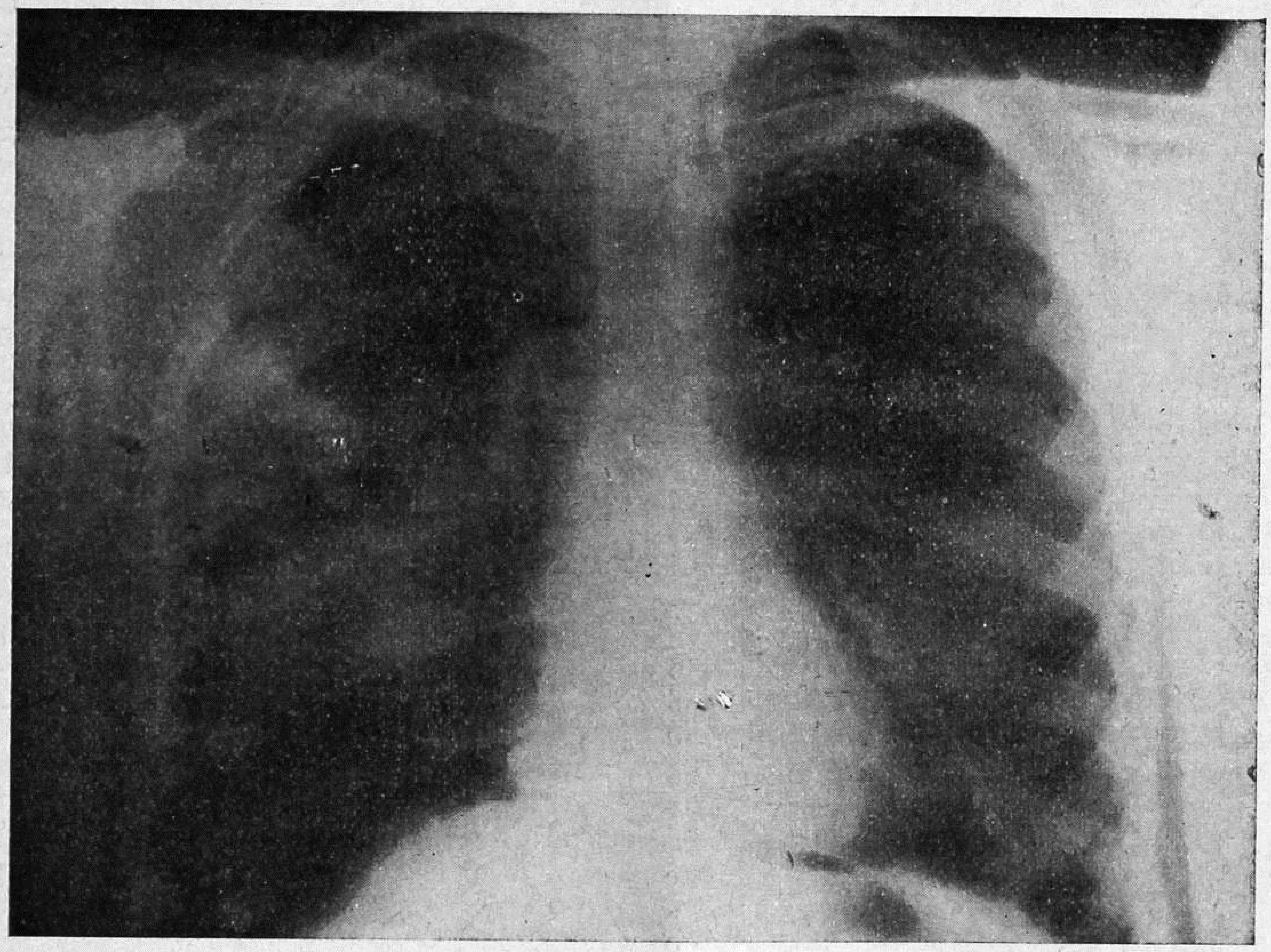
Apiretico, polso un po' fiacco, molto variabile nella frequenza fra 68 e 96, pressione art. 115. Torace ben conformato, simmetrico, fosse claveari scolpite specie a D. sporgente l'angolo del Luis, ottuso l'epigastrico, spazi intercostali ampi, e rientranti a D. nell'inspirazione forzata. Circonferenza toracica 84-88. L'emitorace D. è meno mobile. A D. ipofonesi dei 2/3 superiori con lieve timpanismo all'apice, respiro bronco-vescicolare, rantoli a piccole e medie bolle, fremito tattile e broncofonia aumentati; nel terzo inferiore respiro affievolito.

A S. lieve ipofonesi dell'apice con respiro puerile, di sotto respiro vescicolare con rinforzo dell'inspirio.

L'apice D. è più basso e più ristretto, il bordo polmonare inferiore mobile da entrambe le parti.

Il cuore presenta un'area nei limiti normali(toni netti ma fiacchi. Nulla a carico degli altri organi.

Alla *radioscopia* il polmone D. è in toto meno trasparente con forte ombreggiatura apicale non rischiarantesi con la tosse, ombra ilare con forti strie peribronchiali che danno un aspetto marmorizzato a tutto il polmone. Seno libero con irregolarità nella curva della cupola nell'angolo cardio-diaframmatico. A S. velatura dell'apice rischiarantesi sotto tosse, ombra ilare con strie peribronchiali verso il basso, seno libero. Cuore di grandezza normale, con ombra ben delimitata.



L'esame dello *sputo* muco-purolento, in quantità di 60 cmc. al giorno, risulta negativo per Koch all'esame diretto, positivo all'arricchimento coll'antiformina (4 Gaffky). *Orine* limpide, acide p. sp. 1017, negativa la ricerca dell'albumina e zucchero.

Diagnosi: Broncopolmonite cronica caseoso-ulcerativa dei 2/3 superiori del polmone D.; infiltrazione dell'apice S. Benchè dall'esame fisico e radioscopico si dovesse ritenere che c'erano aderenze pleuriche, pure le condizioni polmonari, vista anche la mobilità del bordo inferiore, consigliavano di tentare uno Pnx destro.

Si lascia l'ammalato a riposo e si fanno per alcuni giorni iniezioni di olio canforato per sollevare le condizioni cardiache.

Il 5 ottobre si fanno tre tentativi di introduzione di aria sull'emiscapolare nel 9° spazio, infruttuosi.

6 ottobre: nuovo tentativo sull'ascellare anteriore nel 6° spazio intercostale: — 4 — 7 = 50 = — 4 + 4; con gran fatica e con forti dolori dell'a. si riesce a formare una piccola bolla.

8 ottobre: II introduzione nel medesimo posto della I con ago più grosso: — 4 + 4 = 200 = + 4 + 10, lieve enfisema sottocutaneo. Tutta la giornata forti dolori al torace, tanto da dovere ricorrere la sera ad iniezioni di Pantopon. Temperatura 37,5, polso buono.

9 ottobre: l'enfisema sottocutaneo è circoscritto intorno al luogo della puntura. Temper. 37,2, i dolori sono diminuiti. Si fa nuova introduzione nello stesso spazio intercostale con ago sottile: — 2 + 2 = 250 = + 8 + 10. L'introduzione viene fatta in molte riprese, controllando sempre la pressione manometrica, che da + 14 + 18 in un primo momento discendeva piano piano sotto i + 10. Finita l'introduzione, dopo qualche minuto di riposo, si fa radioscopia e si trova che l'aria aveva occupato tutto il seno dilatandolo fortemente e spingendo la cupola verso la parte mediana, ed era penetrata anche in alto all'apice; ma quello che si impone ai nostri occhi meravigliati è il vedere il cuore circondato da un alone chiaro dello spessore da 2 a 4 cm. racchiuso da una linea oscura, decorrente perfettamente parallela alla figura dell'ombra cardiaca. (Vedi radiografia).

Riportato l'ammalato che non dà segni di malessere sul tavolo d'esame, si rileva un suono timpanico nell'aia cardiaca che oltrepassa lo sterno fino al di là della mammillare S. salvo una piccola zona a suono più oscuro fra la parasternale e la mammillare, dove colla punta del dito si sente l'itto. I toni sono poco percettibili. Polso buono, regolare, 80. Dieci minuti più tardi nel fare una nuova radioscopia preparatoria alla radiografia, si vede già una riduzione dell'area chiara circondante il cuore.

Si riporta a letto l'ammalato, che di nulla si lagna e si sente bene. Temper. la sera 37,2, il giorno 10, 36,8-36,9, ed il giorno 11, 36,8-37, pure senza alcun disturbo.

12 ottobre: è scomparso il timpanismo sulla regione cardiaca; l'area di ottusità è ancora nuovamente percettibile nella sua estensione completa. Anche alla radioscopia è scomparso l'alone chiaro circondante il cuore, l'ombra cardiaca ha i suoi contorni netti, è al suo posto normale.

Nell'ulteriore degenza nulla di speciale che si riferisca all'argomento di questa comunicazione. Nella notte dal 14 al 15 ebbe forte agitazione, che probabilmente fu un attacco epilettico non controllato, perchè al mattino del 22, ne ebbe uno di caratteristici-classici. Anche questi però, come si rileva dall'anamnesi, preesistevano, e nulla ebbero a fare collo pneumopericardio. Si ripeterono ancora più volte durante la degenza.

Al 31 ottobre ad una nuova radioscopia si trova la parte inferiore e l'apice del polmone D. assai trasparenti, la parte di mezzo è marmorizzata, la cupola immobile, il seno libero. L'ombra cardiaca è ben delimitata.

Nell'ulteriore decorso anche questi resti dello Pnx si sono riassorbiti. Nelle parti superiori andarono formandosi piccole escavazioni. Rimase in Sanatorio fino al 6 marzo.

È singolare il fatto che lo pneumopericardio non produsse alcun disturbo circolatorio sensibile, tanto che si scoperse a caso nella radioscopia susseguente all'introduzione dell'aria. Ciò, ritengo, si deve ascrivere al fatto di avere eseguita l'introduzione di aria in piccole riprese, assai lentamente, cosicchè anche nel pericardio l'aria entrò a piccole riprese e lo andò formando adagio adagio. Per quale via, e come, l'aria si sia fatta questa strada, non si potè eruire con precisione, probabilmente fra le maglie delle aderenze pleuro-pericardiche dell'angolo cardio-diaframmatico.

Dopo un incidente tale non credetti opportuno e consigliabile l'insistere in ulteriori introduzioni.

Agosto, 1928.

Versamento emorragico in pneumotorace artificiale.

Dott. G. LUZZATTO-FEGIZ - Roma.

Mentre nelle comuni pleuriti essudative la formazione di un versamento emorragico è relativamente frequente, (8 % circa dei casi secondo Hinault) è estremamente raro di osservare una tale evenienza nella pleurite pneumotoracica. Il primo caso di versamento emorragico in pneumotorace artificiale publicato è per quanto mi consti, quello di Hinault. Questo A. riferisce di un paziente di anni 30, portatore di un pn. art. destro, nel quale comparve con febbre un versamento che andò gradatamente aumentando. Per ovviare alla forte dispnea manifestatasi in seguito al forte spostamento del mediastino, fu fatta una toracentesi che diede esito a 1200 cmc. di sangue puro emolizzato. La evacuazione del liquido sanguigno fu fatta altre due volte, finchè dopo tre mesi il versamento divenne pioide e quindi chiaramente purulento.

Dopo alcuni mesi e ripetute evacuazioni del pus, la poussée pleuritica si spense completamente.

Jacob riporta la storia clinica di un caso di pn. destro totale, abbandonato dopo 3 anni e mezzo con ottimi risultati, nel quale a distanza di un anno e mezzo dall'ultima insufflazione, comparvero improvvisamente dolori a destra, tosse, espettorato e notevole dispnea. Pochi mesi dopo essendosi notati i segni di un abbondante versamento ed essendosi accentuata la dispnea, si procedette ad una toracentesi che diede esito a sangue venoso puro che non coagulava nel tubo di saggio. Non essendosi migliorata la dispnea, si estraggono poche settimane dopo 1.500 cmc. di liquido con gli stessi caratteri notati alla prima toracentesi, e si sostituisce l'essudato con aria. Dopo questo secondo intervento le condizioni del paziente migliorano non essendosi più riformato il versamento. 4 casi di versamenti emorragici insorti durante rispettivamente dopo la cura

pneumo-toracica, furono recentemente pubblicati da Bernard, Baron, Valtes.

Il primo caso riguarda un paziente portatore di un pn. destro nel quale, dopo circa 6 mesi di cura compare un versamento accompagnato da modica febbre e da notevole dispnea. Il liquido estratto è siero-emorragico (color « vin rosé »). Ad una seconda toracentesi seguita da insufflazione d'aria, il versamento ha gli stessi caratteri. Infine esso si riassorbe gradatamente e l'ammalato riprende regolarmente il corso della cura pneumotoracica.

Il secondo caso è quello di una donna la quale a distanza di circa 5 mesi dalla istituzione di un pn. sin. presenta una pleurite pneumotoracica con versamento siero-fibrinoso che diventa ben presto purulento. A distanza di circa 8 mesi le viene praticata una toracentesi più abbondante del solito, dopo la quale la paziente accusa disturbi generali e dispnea che non accennano a scomparire. Alla successiva puntura evacuatrice si estrae del pus color cioccolata contenente numerosissimi eritrociti più o meno alterati. Dopo questa puntura il versamento ridiventa purulento (color giallo) e la paziente non avverte più alcun disturbo.

Il terzo caso si è verificato in un paziente di anni 27, portatore di un pn. destro da 6 anni. In questa epoca compaiono improvvisamente febbre, tosse stizzosa e dispnea che vanno gradatamente aumentando. Si pratica l'estrazione del liquido che è emorragico color lampone. Il liquido ematico si riforma rapidamente per cui si è obbligati a nuove e ripetute toracentesi nonostante che queste siano seguite da gravi stati di collasso. Infine il versamento scompare lasciando come reliquato una pachipleurite con retrazione toraco-mediastinica.

CASO IV. — Pn. destro. Dopo circa 2 anni di cura compare un versamento da prima siero-fibrinoso che diventa poi gradatamente purulento e ricco di bacilli di Koch. Si sospende la cura dopo 6 anni complessivi di trattamento. 2 anni dopo l'abbandono del pn., compaiono febbre, dolori toracici a destra e rantoli bollari sull'apice di questo lato. Inoltre si stabilisce una forte dispnea. Allo schermo si nota l'emitorace di destra quasi, totalmente opacato da un versamento che viene evacuato. Il liquido è emorragico, color vino di Bordeaux, si sedimenta rapidamente formando un coagulo fibrinoso sormontato da sierosità ematica. Dopo la puntura lo stato del paziente migliora sénsibilmente.

Questi i casi che ho potuto rintracciare nella letteratura e che dimostrano oltre alla rarità di questa complicazione del pneumo-torace, anche la diversa ed oscura patogenesi della stessa (1). Per tale ragione credo utile riferire brevemente sopra un caso di versamento emorragico complicante un pn. art., occorsomi di osservare alcuni anni or sono.

Si tratta di un paziente di anni 25, commerciante, di nazionalità svedese, che vidi per la prima volta nel novembre 1924 a Davos. L'i. riferisce di aver sofferto 5 anni prima di una affezione specifica a quanto sembra ulcerativa del polmone sinistro, per cui in un Istituto di cura svedese gli venne iniziato il pn. da questo lato. Il collasso polmonare completo che si ottenne in breve tempo, determinò la scomparsa di tutti i segni di evoluzione e dei disturbi subbiettivi del paziente. L'espettorato divenne ben presto negativo e scomparve poi del tutto. Per 3 anni il p. eseguì regolarmente i rifornimenti alternando periodi di lavoro con periodi di soggiorno in varii Istituti di cura climatica. Dopo tale periodo di tempo fu dal medico curante decisa la chiusura della cura pneumotoracica, ritenendosi ormai raggiunto il massimo risultato, ed i rifornimenti vennero sospesi. Col graduale riespandersi del polmone ricomparve un po' di escreato bacillifero, per cui furono riprese le insufflazioni che fecero sparire ogni traccia di espettorazione e furono continuate, in pieno benessere del p., per altri due anni. In tali condizioni si presenta a noi.

All'esame obbiettivo si nota: individuo a tipo longilineo, con torace ben sviluppato, in condizioni di nutrizione e di sanguificazione buone con pannicolo adiposo discretamente conservato. All'ispezione si rivela una certa retrazione dell'emitorace sin. che si espande meno dell'emitorace opposto. Suono ipersonoro su tutto l'ambito sin. con una striscia di ipofonesi paravertebrale. A destra suono polmonare chiaro, margini ben spostabili. Ascoltatoriamente si ha respiro abolito a sin. ant.; post. vicino alla colonna vertebrale si ode un respiro fievole ed indistinto senza r. a. A d. respiro vescicolare su tutto l'ambito, un po' fievole sulla sopraspinosa. Assenza di r. a. L'esame dello scarsissimo espettorato mostra la presenza di elementi epiteliali della faringe e ricca flora microbica. Assenza di bacilli di Koch all'esame diretto ed all'antiformina. Radiologicamente: pn. totale sin. con collasso quasi completo del polmone addossato all'ombra cardiaca e fissato in alto ed al diaframma. Mediastino in sito poco mobile negli atti respiratorii. Integrità del polmone destro. Il collasso polmonare si mantiene facilmente con insufflazioni di 200-300 cmc. non sorpassando le pressioni terminali i valori di — 4 — 2. D'accordo col paziente si decide dopo 4 settimane circa di procedere alla chiusura della cura pneumotoracica distanziando i rifornimenti e diminuendoli di quantità. Si assiste così ad una parziale riespansione del polmone che si presenta sullo schermo con un margine netto, sinistro convesso, e si nota parimenti un principio di dislocamento mediastinico verso questo lato. Nel febbraio 1925 si sospendono i rifornimenti. Ma dopo un mese circa si nota alla radioscopia che si è formato un versamento che occupa circa un terzo della cavità pneumotoracica.

Data l'assenza di febbre e di qualsiasi disturbo generale, e sopratutto per il fatto che il mediastino non risulta spostato verso il lato destro ma anzi ancor più dislocato verso sin. s'interpreta il versamento come un transudato « ex vacuo ». (V. radiografia). Si pratica perciò un rifornimento portando la pressione endopleurica, fortemente

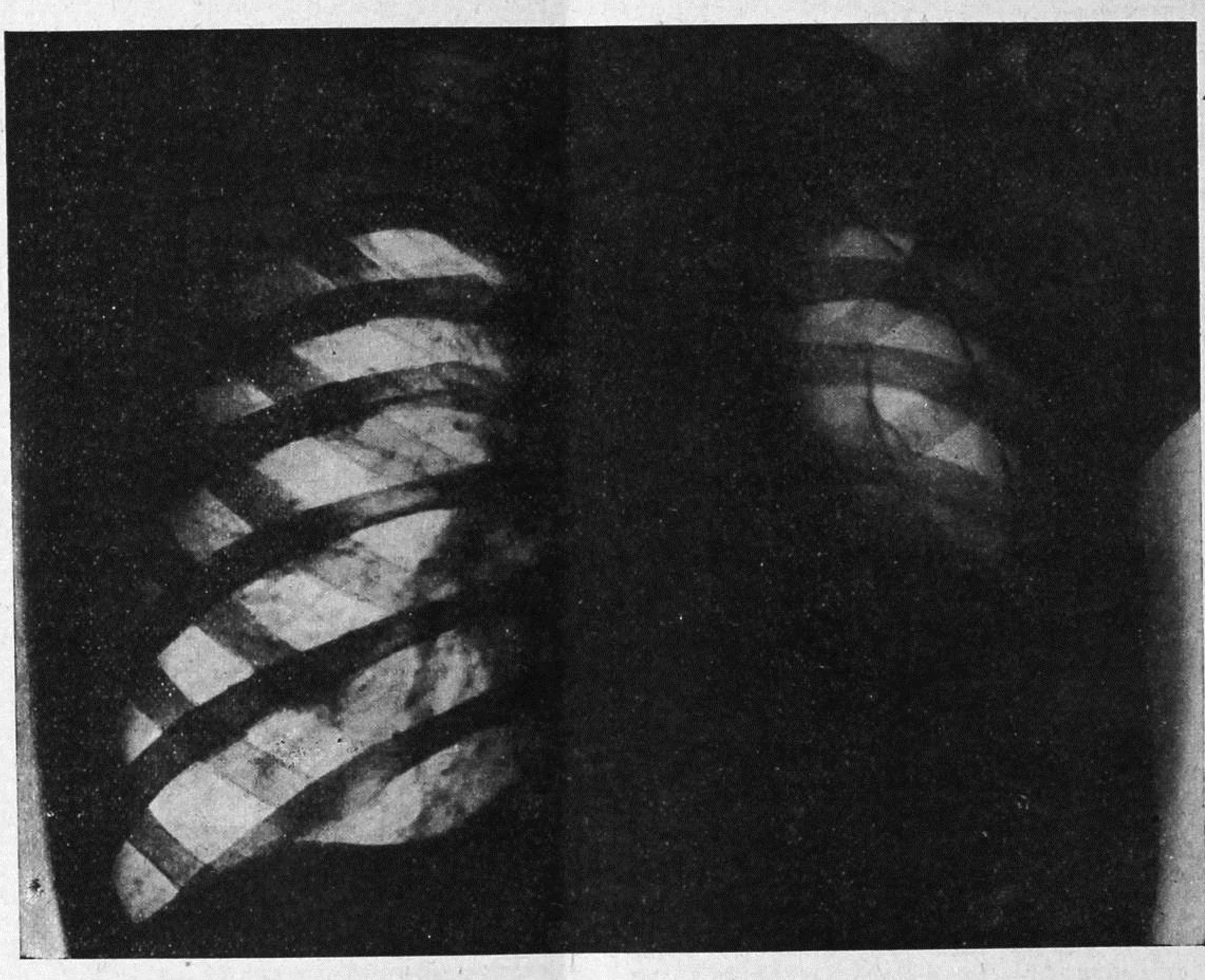
---

(1) Durante la correzione delle bozze è comparso sulla *Rivista di Pat. e Clinica della tubercolosi* (a. II, fasc. VII) un lavoro di POLLERI riguardante un versamento emorragico comparso in un pn. art. sin. datante da circa 6 mesi.

negativa, a valori terminali che si avvicinano allo zero. Nel luglio 1925 dopo che si era ritentata la sospensione dei rifornimenti e precisamente alla distanza di circa 2 mesi dall'ultima insufflazione, l'ammalato comincia ad accusare tosse stizzosa con scarsissimo escreato senza elevazioni della temperatura. L'escreato di aspetto prevalentemente mucoso, risulta all'esame microscopico costituito da elementi leucocitarii, da qualche cellula così detta alveolare e da abbondanti filamenti di muco. Assenti i bacilli di Koch sia all'esame diretto che all'antiformina; così pure riuscì negativa la inoculazione dell'espettorato alla cavia. All'esame obbiettivo e radiologico si nota che l'emitorace è quasi completamente occupato da un versamento; esiste solo una piccola bolla di aria nell'apice. Il mediastino non è spostato verso destra. Si decide di procedere allo svotamento del liquido ed alla sostituzione dello stesso con aria. La puntura esplorativa e la successiva toracentesi (400 cmc.) danno esito ad un liquido emorragico, color vino annacquato, senza fiocchi di fibrina che nella provetta si suddivide in due strati: un abbondante sedimento di eritrociti che all'esame microscopico risultano ben conservati, ed uno strato superiore di sierosità leggermente tinta in rosa. La ricerca del bacillo di Koch nel sedimento risulta negativa all'esame diretto ed all'antiformina. Dopo la toracentesi seguita da sostituzione d'aria, il paziente si sente molto meglio, la tosse stizzosa scompare quasi istantaneamente così pure lo scarso escreato. Alla radioscopia si nota che il versamento occupa circa un terzo della cavità, ed è sormontato dalla bolla pneumotoracica. Il polmone si trova a circa due dita dalla parete toracica.

Vista l'impossibilità di abbandonare i rifornimenti per i disturbi determinati dalla forte depressione endopleurica e dalla impossibilità del polmone sin. a riespandersi (tosse stizzosa, trazione mediastinica, transudato « ex vacuo », emorragie pleuriche?), si riprendono le insufflazioni che vengono praticate ogni 4-5 settimane collo scopo di evitare le depressioni troppo notevoli nella cavità pneumotoracica. Con tale condotta di cura il p. ritorna in pieno benessere ed il liquido si riassorbe quasi completamente.

Tale stato di cose dura fino al principio del 1926 epoca in cui il p. manifesta nuovamente il desiderio di liberarsi dalla servitù dei rifornimenti. Non si reputa opportuno di ripetere il tentativo di sospensione dei rifornimenti per timore di veder ricomparire il transudato emorragico. Si



consiglia pertanto una frenico-exeresi. Questa viene praticata nel marzo 1926. Dopo l'intervento il diaframma si presenta allo schermo fortemente inalzato e la bolla pneumotoracica appare molto ridotta senza che il mediastino sia eccessivamente dislocato verso sin. In condizioni generali e locali buone il p. chiede di essere dimesso ed abbandona il Sanatorio alcune settimane dopo. Da notizie avute sembra che le condizioni attuali siano soddisfacienti.

Il caso presente si presta ad alcune considerazioni. Anzitutto è da chiedersi per quale meccanismo s'era prodotto il versamento emorragico insorto dopo l'abbandono delle insufflazioni. Non si poteva facilmente ammettere che fosse l'espressione di una comune poussée pleuritica e ciò per varii motivi. Anzitutto per l'assenza di febbre e di turbe generali; in secondo luogo per l'assenza di spostamento del mediastino verso il lato sano. Anzi il mediastino si presentava fortemente attratto verso il lato del versamento pur trattandosi di un pn. totale senza adrenze laterali. L'ipotesi che il versamento fosse dovuto ad una poussée

flogistica della pleura contrastava inoltre con l'assenza di ogni segno di reviviscenza delle lesioni polmonari. Infatti la negatività del reperto bacilloscopico dello espettorato confermata dalla prova sulla cavia, potevano in questo caso avere un valore probativo e permetterci di affermare che le lesioni polmonari fossero realmente guarite dopo 6 anni di cura pneumotoracica. In tali condizioni una pleurite pneumotoracica sarebbe stata inspiegabile o per lo meno molto improbabile data la quasi costante specificità del versamento in rapporto a focolai bacillari pleuro-corticali.

La diagnosi di transudato da causa meccanica (azione aspirante del vuoto pleurico) appariva nel nostro caso abbastanza giustificata. È vero che la prova di Rivalta eseguita sulla sierosità riuscì positiva, ma tale ricerca, data la presenza di emazie emolizzate, non poteva avere valore alcuno. Per quanto riguarda poi la presenza di sangue nel transudato questo fenomeno non era certo tanto facilmente spiegabile. Il sangue poteva essersi versato nella pleura per diapedesi e proveniva allora dai capillari della pleura costale, meno probabilmente da quella viscerale. Oppure poteva essere la conseguenza della lacerazione di qualche briglia aderenziale diaframmatica o mediastinica formatasi (per organizzazione di fiocchi di fibrina tra il polmone collassato e la pleura mediastinica) durante il periodo in cui il moncone polmonare era rimasto addossato al mediastino.

Una simile interpretazione che solo in una toracoscopia avrebbe potuto trovare la conferma, si adatterebbe abbastanza bene a qualcuno dei casi della letteratura che ho riferito più sopra. Così nel caso pubblicato da Jacob il versamento comparve dopo l'abbandono dei rifornimenti senza febbre e senza fenomeni generali. In questo caso però, contrariamente a quello da me osservato, il versamento era costituito da sangue venoso puro, proveniente con grande probabilità da qualche vaso di una certa importanza laceratosi durante la ridistensione polmonare. L'emorragia avvenuta qui per ressi, spiegherebbe bene come il sangue abbia non solo riempita la cavità pneumotoracica residuale, ma col continuare del gemizio sanguigno abbia determinato uno spostamento del mediastino verso il lato opposto con relativa dispnea.

Quanto agli altri casi (Hinault, Bernard, Baron, Valtes) è fuor di dubbio che la patogenesi dovrebbe essere essenzialmente diversa. Già il fatto dell'insorgenza del versamento con febbre e con i segni classici della pleurite pneumotoracica, fanno pensare all'origine flogistica di questa rara forma di versamento emorragico. In realtà solo l'esame diretto, anatomo-patologico o toracoscopico delle pleure, potrebbe in simili casi chiarirne la patogenesi. Per ora tutti i tentativi di interpretazione rimangono necessariamente nel campo delle ipotesi.

BIBLIOGRAFIA.

1) BERNARD L., BARON T., VALTES. Revue de la Tub., n. 4, 1927.
2) HINAULT. Presse Méd., 2 aprile 1927, n. 27.
3) JACOB J. Revue de la Tub., n. 4, 1927.

SUNTI E RASSEGNE.

FISIOPATOLOGIA.

La prova chimica dell'ubriachezza e la misura chimica della sua intensità.

(*Revue médicale de la Suisse romande*, 25-10-28).

F. Naville, direttore dell'Istituto di Medicina Legale di Ginevra, dopo aver fatto brevemente la storia del dosaggio dell'alcool nel sangue e negli altri liquidi organici, descrive accuratamente il metodo di Nicloux, che si può applicare anche al dosaggio di alcool contenuto nell'aria e si occupa in modo particolare di quanto è stato fatto col metodo di Nicloux, che è quantitativo, e con altri metodi qualitativi per accertare la diagnosi di ubriachezza.

Schottmüller e Schlum e poi Demole dimostrarono la presenza di alcool nel liquor cefalo-rachidiano di alcoolisti deliranti e videro avvenire l'eliminazione di quest'alcool nelle 24 ore successive all'ingestione. Le ricerche di Nicloux, Gréhant ed altri, fatte sull'uomo e sugli animali, provarono che un'ora e mezza o due ore dopo l'ingestione di alcool nella quantità di 2-5 gr. di alcool assoluto per chilo di peso, si ritrova nel sangue una quantità di alcool che va da 2-5 gr. per litro (secondo la quantità ingerita), per cui si può stabilire, non oltre la 3ª ora dall'ingestione, qual'è la quantità di alcool ingerita. Dopo la terza ora bisogna modificare il calcolo secondo delle curve stabilite dai vari sperimentatori.

Le cause d'errore in queste ricerche possono essere: l'acidosi diabetica (acetone), l'intossicazione per etere, cloroformio, bromuro d'etile, acido salicilico, paraldeide, cloralio, cianuri, fosforo, composti del cloro, idrogeno solforato, piridina, meta e anche vini che contengano alcooli impuri (corpi acetonici). Queste cause d'errore per lo più si evitano coll'anamnesi.

Il metodo di Nicloux fu applicato dopo la morte, per qualsiasi causa, e dopo sommersione in acqua. Sebbene nel muscolo putrefatto si formi 0,125 ‰ di alcool per chilo di muscolo, il dosaggio dell'alcool ingerito prima della morte non ne subisce alterazioni, perchè questa scarsa

produzione d'alcool da putrefazione scompare molto rapidamente. La putrefazione cadaverica, nei primi giorni dopo la morte, non altera il dosaggio dell'alcool nel sangue; invece il sopraggiungere della putrefazione gassosa per presenza di prodotti volatili ossidabili, altera i risultati del dosaggio fino al 10 ‰, alterazione che è evitabile con una modificazione della tecnica di Nicloux.

Quindi anche molto tempo dopo la morte si può stabilire la quantità di alcool ingerita.

Dopo sommersione il sangue è diluito; negli annegati questa diluizione è di 1/4. Dalle ricerche di Simonin risulta che per effetto della sommersione il tasso dell'alcool è ridotto da 1/5-1/9. Una diluizione dell'alcool del sangue si ha anche nell'imbibizione cadaverica senza sommersione vitale.

Il dosaggio di alcool nelle urine ha dimostrato che il tasso d'alcool è uguale nelle urine e nel sangue nella prima ora dopo l'ingestione, mentre nelle ore successive l'urina contiene 1/3 di alcool più del sangue; però, secondo Simonin, il tasso di alcool nell'urina può non raggiungere quello del sangue, se già la vescica conteneva notevole quantità di urina prima dell'ingestione di alcool.

Il dosaggio di alcool nelle urine non permette di stabilire con certezza la quantità di alcool ingerito; invece il paragone della percentuale di alcool nelle urine e nel sangue completato, se possibile, col dosaggio dell'alcool contenuto nello stomaco può permettere di stabilire approssimativamente a quanto tempo risale l'ingestione tenendo conto delle curve suaccennate.

Il cervello ha la medesima concentrazione di alcool del sangue e, spesso, ne ha di più.

L'alcool nel liquido cefalorachidiano segna una curva molto analoga a quella del sangue ma è contenuto nel liquor in quantità del 40-50 % superiore a quella del sangue e la sua eliminazione dal liquor è più lenta che dal sangue poichè nel liquor è totale solo dopo 18-24 ore. Il dosaggio nel liquido offre dei vantaggi sul dosaggio in altri liquidi in casi di putrefazione o di sommersione.

Quando, per rifiuto del soggetto, il dosaggio non si può fare nel sangue o nelle urine, si può fare nell'alito che si raccoglie facendo respirare in una maschera speciale. Questo metodo è in uso in parecchie città dell'America per i conducenti di automobili investitori.

Clinicamente non si può sempre fare sicuramente la diagnosi di ubriachezza: l'odore dell'alito può mettere in sospetto ma si può confondere coll'alito acetonico; la congestione del volto, l'alterazione dei lineamenti, il tremore, i disturbi della deambulazione e della scrittura, il vomito, lo stato mentale possono essere utili ma possono essere cause di errore. Di più: scarsa quantità di alcool può dare forte odore dell'alito. In caso di contestazione l'intensità dell'ubriachezza, già difficile a stabilirsi coll'esame clinico, non può essere determinata nè dalla confessione dell'imputato nè dalla testimonianza di agenti di polizia o di altre persone; invece il metodo chimico è sicuro. C'è leggera ubriachezza con tasso di alcool nel sangue fra 1 e 2 ‰, ebbrezza manifesta con 2,5 ‰, grave da 3 per mille in su, gravissima e anche mortale da 3,5-4 ‰. I tassi più elevati trovati in casi di intossicazione mortale nell'uomo sono di 6,9-8,2 ‰ nel cervello (Fischer) e 9,12 ‰ nel sangue (Gelma e Simonin). Con tasso al disotto di 1,5 ‰ non si può concludere per uno stato sicuro di ubriachezza perchè esistono possibilità di idiosincrasie e di reazioni fisiche e mentali atipiche per cui anche con scarsa quantità di alcool qualche individuo può aver agito sotto l'azione tossica di esso.

In medicina interna il dosaggio dell'alcool può essere utile nell'analisi dei vari tipi di coma e può mostrare la parte dovuta all'alcool in una sindrome complessa, può mettere in evidenza l'azione coadiuvante dell'alcool nella genesi degli attacchi epilettici e può svelare la natura alcoolica di disturbi gastrici, epatici, mentali, nervosi. *In psichiatria* è un metodo che permette di eliminare o di affermare l'origine alcoolica di uno stato delirante, di una psicosi acuta, di uno stato confusionale. Per quanto riguarda il *delirium tremens*, contrariamente all'ubriachezza ordinaria, esso può sopraggiungere anche senza somministrazione immediatamente precedente di alcool; l'alcool è stato trovato nel sangue e nel liquor solo nella metà dei casi e in questa metà solo nelle prime ore del delirio. *In psichiatria medicolegale* il metodo può essere utilizzato per giudicare dolla responsabilità di un imputato.

Utilissimo può essere pure in materia di *assicurazioni* e di *infortuni* e l'A. crede che fra qualche anno il dosaggio dell'alcool si farà correntemente in tutti i casi d'infortunio nei servizi ospedalieri. Già in molte città inglesi e americane sono sottoposti al dosaggio dell'alcool tutti i conducenti di automobili investitori quando si sospetti l'alcoolismo acuto. E, a proposito di investimenti, osserva il Naville che la responsabilità penale dell'investitore è naturalmente ridotta quando col dosaggio dell'alcool si può dimostrare che l'investito era ubriaco.

Molte questioni medicolegali furono praticamente risolte col metodo di Nicloux: suicidi, annegamenti fortuiti, infortuni per imprudenza, ol-

traggi al pudore, omicidi, morti improvvise. Però perchè il metodo sia applicato utilmente bisogna che esso sia usato con discernimento, che i prelevamenti siano fatti al più presto possibile dopo l'ingestione dell'alcool e che siano evitati inquinamenti con alcool, etere, formolo e altri corpi ossidabili.

RENATO LUSENA.

Gli effetti dell'ergosterina irradiata somministrata a larghe dosi.

(DIXON e HOYLE. *Brit. Med. Journ.*, 10 nov. 1928).

Le presenti ricerche assumono una importanza speciale, per il recente largo uso che si fa in questi ultimi tempi delle vitamine antirachitiche, e per la somministrazione dei prodotti irradiati.

È nota l'importanza che hanno le vitamine per l'organismo, ed i disturbi che seguono alla loro sottrazione dal cibo.

L'ergosterina appartiene al gruppo degli steroli; è presente nelle sostanze grasse, e si identifica con la vitamina D, antirachitica.

Era stato già notato che la somministrazione di abbondanti dosi d'ergosterina irradiata produceva negli animali alterazioni patologiche.

Alcuni topi morirono 20 giorni dopo la somministrazione giornaliera di 1 mgr. di ergosterina irradiata; le cavie ed i conigli morirono dopo 10 giorni, con 10 mgr. al giorno; le galline sembrano essere immuni.

All'autopsia furono riscontrate: atrofia della milza, e depositi estesi di calcio nelle pareti arteriose, nel miocardio, nelle pareti gastriche, nei polmoni, nei reni, e nei muscoli intercostali; tali lesioni si associavano ad una sclerosi secondaria, più o meno intensa; la sclerosi era differente dalla nota arteriosclerosi che si produce nei conigli, somministrando colesterina per 5-6 mesi, o ergosterina non irradiata per 2-3 mesi.

Esiste un disaccordo tra la dose terapeutica e la dose tossica, secondo i diversi AA.

Le presenti ricerche furono condotte su topi normali, in cui fu somministrato gran quantità di ergosterina irradiata, per notare quale alterazione si producesse, e se si formavano concrezioni di calcio e fosforo nel tratto renale.

In un gruppo di topi, lasciati in osservazione per 10 giorni a dieta di latte e pane, fu somministrato 2 mgr. di ergosterina irradiata in 2 cmc. di olio di arachide; e in un gruppo tenuto come controllo fu somministrato solo 2 cmc. di olio di arachide al giorno. In un altro gruppo fu rispettivamente somministrato un mgr. di ergosterina irradiata al giorno, più un cmc. di olio di arachide, e un cmc. di solo olio di arachide. Tali soluzioni furono somministrate per bocca con pipette, per 40 giorni. Tutti i topi restarono in perfette condizioni di salute; nè si notò alcuna differenza di peso tra i topi sottoposti all'esperimento e quelli di controllo, in contrasto con quanto affermano Kreitmair e Moll, i quali notarono una piccola perdita di peso in topi che ebbero un mgr. di ergosterina irradiata al giorno.

All'autopsia non furono riscontrate alterazioni degli organi interni, nè macro, nè microscopiche.

Un altro gruppo di topi furono messi ad una dieta basale sintetica, in cui le quattro vitamine A, B, C e D erano largamente rappresentate, Ad un gruppo di tali topi fu somministrato mgr. 11 di ergosterina irradiata per 45 giorni; un altro gruppo restò come controllo.

In un nuovo gruppo furono somministrati mgr. 17 di ergosterina irradiata al giorno, per lo stesso periodo di tempo.

In confronto ai topi di controllo, quelli che ebbero 11 mgr. al giorno non diminuirono di peso, mentre quelli con 17 mgr. al giorno non mostrarono un netto aumento di peso: la media dell'aumento dei controlli fu di 60,5 grammi; invece quella dei topi che ebbero 17 mgr. di erg. irrad. fu di gr. 23. Non fu osservata alcuna sintomatologia, eccetto una occasionale ematuria.

All'autopsia si osservarono le seguenti alterazioni degli organi: il fegato e la milza non erano aumentati di peso, eccetto nel gruppo che ebbe 17 mgr. di erg. irrad. in cui la milza era il 20 % più pesante di quella dei controlli.

In ogni topo, senza alcuna eccezione, sia del primo che del secondo gruppo, furono trovati calcoli nella vescica, negli ureteri, nella pelvi renale, di colore gialliccio, a forma irregolarmente rotondi, della grandezza d'una testa di spillo fino a 4 mm. di diametro, e in un numero variabile.

L'esame chimico mostrò trattarsi di calcoli di fosfato di calcio, senza presenza di ossalato, urato, carbonato.

In qualche caso il calcolo aveva prodotto la dilatazione dell'uretere, e l'idronefrosi di uno od entrambi i lati. Non si associa mai uno stato infiammatorio: il liquido superiormente all'ostruzione è fluido, senza presenza di pielite o di cistite. Alla sezione nell'idronefrosi i reni mostravano una zona più o meno marcata di colorito giallo, e un'aderenza cortico-midollare.

L'esame microscopico dell'aorta toracica ed addominale, del miocardio, intestino, stomaco, fegato e milza non mostrava alterazione alcuna. Invece nei reni fu riscontrata una lesione secondaria all'idronefrosi, consistente in dilatazione dei tubuli, degli spazi capsulari e dei glomeruli,

con atrofia delle cellule delle pareti, e proliferazione del tessuto interstiziale.

Se non vi è idronefrosi, non si riscontrano alterazioni istologiche.

Le zone giallicce e le aderenze cortico-midollari presentano le cellule gonfie, l'epitelio desquamato, e il nucleo irregolarmente colorato.

Alcuni AA. attribuiscono alla dieta speciale la presenza di calcoli urinari; secondo alcuni sarebbero da ascrivere ad una mancanza di vitamine liposolubili; altri li attribuiscono alla deficienza della vitamina A, e all'abbondanza della vitamina D.

Dagli esperimenti riferiti non appare evidente però che i calcoli si possano attribuire ad una mancanza di vitamine, o ad una ipervitaminosi; infatti la dieta somministrata ai topi conteneva tutt'e quattro le vitamine A, B, C e D; e quindi mancando nei controlli qualsiasi alterazione, bisogna considerare la formazione dei calcoli dipendente dalla ergosterina irradiata.

L'ergosterina agirebbe influenzando il contenuto intestinale, e modificandone la reazione, e permettendo una più intensa assimilazione del calcio e del fosforo attraverso l'intestino, i quali verrebbero eliminati dal rene con le urine.

Dalle ricerche emerge che una grande dose di ergosterina irradiata produce la formazione di calcoli di fosfato di calcio in quantità più o meno abbondanti, in tutto il tratto urinario.

Tali calcoli possono produrre una idronefrosi, con alterazioni secondarie del rene e del parenchima renale. CARUSI.

CHIRURGIA.

Su un nuovo modo di trattamento del flemmone acuto progressivo.

(MERMINGAS. *Zentr. f. Chir.*, n. 32, 1927).

Per aiutare l'allontanamento dei prodotti delle ferite e le sostanze tossiche si serve già da alcuni anni dei vasi venosi che appartengono al punto leso già inciso col coltello, mettendo allo scoperto la vena sottocutanea della regione prossimale al tessuto flemmonoso ed iniettando nella direzione centrifuga una certa quantità di soluzione fisiologica calda sotto una certa pressione. La preparazione della vena (mediana, basilica, cefalica, safena magna) e l'iniezione del liquido vengono fatte come per l'anestesia venosa alla Bier. Nella ferita geme il liquido come da una spugna mentre la periferia diventa edematosa e bluastra.

Dopo l'iniezione (per cui viene più volte utilizzata una siringa da 100 cmc.), la vena viene legata anche perifericamente e si chiude la piccola ferita cutanea mentre la ferita del flemmone viene tamponata o drenata con garza. Questa specie di lavatura può essere ripetuta nei giorni seguenti in un'altra vena come ha fatto qualche volta l'A.

Può assicurare di non aver mai avuto inconvenienti nè ha visto il pericolo di diffusione in tessuti sani o nelle ossa.

Ha utilizzato il metodo da molti anni e con buoni risultati.

Per ora ha provato nelle estremità ma non è escluso che si possa utilizzare il metodo in altri punti come per esempio sulla faccia per il trattamento di formicoli maligni mediante l'iniezione nella vena angolare o nella facciale comune.

BR.

Sul trattamento del flemmone acuto progressivo delle estremità.

(BREITMANN. *Zentr. f. Chir.*, 1928, n. 31).

L'A. ricorda le comunicazioni fatte a questo proposito da Peritz, Mermingas e Braudes.

Peritz per impedire la diffusione per le vie linfatiche taglia trasversalmente nel braccio il connettivo intorno ai grossi vasi, interrompendo così le vie linfatiche perivascolari e lascia la ferita aperta mediante tamponamento.

Mermingas inietta contro corrente in una vena vicina al flemmone della soluzione fisiologica.

Brandes ricorda che i due metodi erano stati già da lungo tempo usati da Nösske e comunicati al congresso di Rostock nel 1910 e di Kiel nel 1911 per cui si deve la priorità a Nösske.

L'A. usa da più di 20 anni per la cura dei flemmoni delle estremità il metodo della stasi alla Bier sempre con buoni risultati a condizione che si segua una giusta tecnica e dosaggio.

Innanzi tutto bisogna porre la fascia elastica più lontano che sia possibile dal focolaio infiammatorio per poter mettere sotto stasi una maggiore estensione; la fascia deve essere posta leggermente poichè nelle prime ore i pazienti hanno dolori. Dopo 3-4 ore si può aumentare la pressione fino alla stasi rossa mentre il polso deve sempre rimanere.

Nel primo giorno la fascia si tiene per 20-22 ore e si toglie per 2-4 ore. Qualche volta bisogna abbreviare l'intervallo a causa di dolori. Col migliorare delle condizioni generali e locali, dopo 3-4 giorni si diminuisce la stasi a 12 ore al giorno fino al 7°-8° quando si osserva il ritorno al normale della temperatura. I medici spesso si oppongono all'uso del metodo per la continua sorveglianza che però basta sia fatta dall'infermiere.

Gli effetti della stasi si vedono subito: nelle prime 24 ore i dolori diminuiscono, il malato si tranquillizza, dorme e si nutrisce volentieri. Dopo

2-3 giorni cominciano a scomparire i segni della intossicazione e si inizia il miglioramento locale del flemmone; al 5°-6° giorno scompare la febbre.

Riporta il caso di un bambino con un flemmone della mano diffuso al braccio nel quale era stata consigliata la disarticolazione della spalla dopo infruttuose varie incisioni a diverse altezze; con l'applicazione del metodo si ebbe la guarigione completa. Altri due casi, uno del braccio ed un altro dell'articolazione del ginocchio, hanno convalidato il beneficio del metodo alla Bier che purtroppo è poco diffuso nella pratica mentre dovrebbe essere il metodo di elezione nei casi di flemmone progressivo.

R. BRANCATI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

MARTINI P. *Die ummittelbare Kranken-Untersuchung.* Monaco, J. F. Bergmann 1927. Mk. 8.70.

È un volume di 240 pagine destinato ai metodi fisici di esame del malato. L'A. si è preoccupato di trattare di quei metodi che hanno costituito la base della semeiotica, e che pure, nonostante la applicazione di numerosi moderni mezzi d'indagine, rimangono sempre le armi più correntemente, e spesso le sole, a disposizione del medico pratico nell'esame del malato. Il volume consta di due parti; una generale nella quale sono esposti i princìpi generali dell'ispezione: palpazione, percussione, ascoltazione; l'altra speciale nella quale sono trattati i vari reperti semeiologici nelle malattie dell'apparato respiratorio e circolatorio, e in quelle degli organi addominali. Ogni argomento è trattato con particolare chiarezza, e in modo completo, e questo volume si presenta di non poca utilità per chi si avvia all'esercizio della medicina pratica.

Del volume recentemente è stata fatta, a cura del prof. Bastianelli, la traduzione in italiano.

TRENTI.

P. TIMPANO. *Della diagnosi precoce della tubercolosi.* Editrice « Roma », L. 9. 1928.

ID. *Contributo alla lotta antitubercolare.* Editrice « Roma », L. 3. 1928.

L'A. dirige a Reggio Calabria il primo istituto diagnostico fondato dall'Associazione per gl'Interessi del Mezzogiorno d'Italia; è, come giustamente dice il prof. Gosio nella Prefazione, anima e braccio del servizio sanitario dell'Associazione.

In questi due volumi l'opera fattiva del Timpano si completa, perchè egli con lo scritto vuol giungere là dove non giunse la sua azione diretta: dare la traccia al medico per scovare il tubercoloso (diagnosi precoce), per curare, difendersi, e difendere la società dai danni che l'infezione può determinare. I suoi volumi sono brevi, densi, piani, quindi pratici. Nel volume sulla *diagnosi precoce* affronta un vecchio sfruttato e pur assillante problema, in questi ultimi anni rinnovato da conoscenze cliniche e da ausili diagnostici di laboratorio. L'A. vuol dare un *piccolo prontuario* per il medico pratico; senza ingombro farraginoso di citazioni, si occupa della diagnostica clinica, dell'esame radiologico, delle prove biologiche. Giustamente dedica un capitolo alla tbc. ilare dei bambini e non dimentica, se pur l'accenno è breve, i problemi immunitari, della costituzione, dell'ereditarietà.

Nel contributo alla lotta antitubercolare l'A. raccoglie con brevità quelle nozioni e quelle proposte che sono le più pratiche e le più utili per combattere la tubercolosi nei piccoli comuni. Non si tratta di dire cose nuove o peregrine, ma di impostare chiaramente i problemi della difesa da parte dello Stato, di riunire in pochi periodi, che devono restare come massime nel cervello del medico e del malato, i principi di difesa e di cura. I due volumetti dovrebbero trovare larga diffusione; anche a cura delle autorità potrebbero essere diffusi, per una sana opera di propaganda sociale.

T. PONTANO.

Les ordonnances du médecin praticien. Vol. in-8° di 516 pagg. Masson e C., 1928. Fr. 45.

Come indica il titolo è una vera raccolta di ricette che il medico pratico può utilizzare come tanti modelli da tener presenti nell'esercizio della sua professione.

Ogni « ordonnance » è concepita nella maniera più larga, nel senso cioè che, supponendo conosciuta la diagnosi, il lettore troverà una breve spiegazione sui motivi per prendere una decisione e, in dettaglio, le tecniche da seguire. Una valorosa schiera di medici, agguerriti e da lungo abituati a ricettare, hanno collaborato, sotto la guida del dott. Desfosses, alla pubblicazione di questo libro, il quale, senza avere l'ambizione di un Trattato di Terapia, ne costituisce senza dubbio il migliore e il più vivente ausiliare.

A. POZZI.

K. SCHLEIP et A. ADLER. *Atlas der Blutkrankheit.* Un vol. di 174 pag. con 108 tavole a colori. Urban e Schwarzenberg, Berlino, 1928. Mk. 62.

Ad ogni studioso di ematologia sono note le difficoltà che continuamente s'incontrano nell'interpretazione di reperti ematologici e, quanto, in tali occasioni, riesca sommamente utile avere a portata di mano, per poter eseguire confronti,

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

tavole riproducenti elementi cellulari caratteristici per sottili diversità nella forma e nella colorazione.

Quest'Atlante è appunto una raccolta di quadri ematologici importanti clinicamente e caratteristici diagnosticamente.

La sua prima edizione, esaurita in breve tempo, non fu mai superata da altri testi congeneri per la chiarezza e la fedeltà delle riproduzioni.

Questa seconda edizione è stata arricchita di altri 52 quadri ematologici che l'A. ha eseguito insieme al dott. Adler di Zurigo. Vi si trovano riprodotti dapprima tutti gli aspetti del sangue normale, poi le diverse leucocitosi, tutti i quadri delle varie forme di leucemie, gli eritrociti normali e nelle diverse varietà di anemie, dalla semplice postemorragica all'anemia perniciosa, all'anemia pseudo-leucemica, ecc. Le ultime 10 tavole sono riservate ai parassiti del sangue.

Un breve commentario, a lato di ogni tavola, indica le particolarità in essa contenute e ne facilita l'interpretazione. A. POZZI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società di Coltura Medica della Spezia e Lunigiana.

Seduta del 26 ottobre 1928-VI.

Presiede il prof. R. CASSANELLO, presidente.

Sulla cura operatoria della peritonite circoscritta appendicitica.

Prof. METELLO FRANCINI. — Si dichiara nettamente favorevole al metodo della ampia laparotomia con tecnica disciplinata dal Biondi, consistente nella laparotomia paramediana sotto-ombelicale d., marsupializzazione del peritoneo parietale alla cute, drenaggio a cornice, cauta apertura del focolaio ascessuale e vuotamento di esso, metodica ricerca della appendice, se non subito trovata, sulla guida del fondo cecale, appendicectomia totale, trattamento aperto.

Sostiene che soltanto in questo modo si possono dominare tutti i recessi del focolaio peritonitico ed evitare i danni e pericoli della permanenza dell'appendice ed ancora la necessità di un nuovo e spesso non lieve intervento per l'appendicectomia tardiva.

Il metodo dell'O. preferito porta ad una suppurazione di breve durata, senza formazione di fistole, senza ristagni di pus. Esso espone invero alla formazione quasi costante di un'ernia postlaparotomica, che però una innocente operazione di plastica delle pareti addominali riesce a curare radicalmente.

Espone la sua statistica che, tolti 49 casi di peritonite totale, nei quali i risultati furono, naturalmente, molto meno favorevoli, comprende 160 casi di peritonite purulenta circoscritta appendicitica trattati col metodo suindicato col 5 % di mortalità sempre per complicazioni lontane dal focolaio chirurgicamente aggredito.

Reperto radiologico di un case di eunucoidismo.

Dott. GINO BARBACCI. — Presenta una serie di radiogrammi di un eunucoide di 27 anni.

Dopo avere accennata l'anamnesi che fà conoscere l'esistenza di acromegalici in famiglia e dà notizie di una grave imprecisabile malattia infantile del pat, traccia un rapido cenno dell'esame clinico (ipoplasia genitale, presenza del timo, longitipia, ipotricosi ecc.)

Illustra i radiogrammi che mostrano persistenza delle cartilagini di crescenza e del timo e presenza di calcificazioni pineali e coroidee. Su questo reperto svolge brevi considerazioni riservandosi di esporre le sue opinioni nella patogenesi del caso in prossimo lavoro.

Sull'uso di un composto bismuto-arseno benzolico per via intramuscolare nella terapia della sifilide.

Prof. A. CAVIATI. — Riferisce su 7 casi di sifilide primaria, su 5 di sifilide secondaria, su un caso di sifilide terziaria con forme gommose in atto e su un caso di sifilide ereditaria, curate con composto bismuto arsenobenzolico.

Plastiche del viso per tumori.

Prof. RINALDO CASSANELLO. — L'O. riferisce su due plastiche del viso, da lui eseguite per due voluminosi e gravemente deturpanti tumori del viso. Descrive i processi di plastica messi in opera e presenta le fotografie illustrative dei due casi, a dimostrazione dei risultati estetici raggiunti.

Fibroma dello stomaco.

Dott. LUIGI ALLEGRI. — L'O. comunica un caso di fibroma dello stomaco, da lui operato. Il tumore, del volume di un uovo di gallina, sorgeva in vicinanza del piloro e dava luogo a crisi intermittenti di stenosi pilorica. L'O. riferisce sulla rarità e importanza di questi tumori di cui cerca delineare la sintomatologia clinica, mettendo specialmente in rilievo la loro differenziazione dai tumori maligni (cancro) dello stomaco.

Dott. ROLLAND.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

La supposta funzione dell'appendice sulla glicemia.

Partendo dal fatto notato da Ceresole che l'iperglicemia di alto grado che segue alla irradiazione dell'intestino e che dura di solito cinque ore, non compare negli animali operati di appendicectomia sottoposti a loro volta all'irradiazione, A. M. Bonanno (*Pathologica*, anno XX, n. 441, 15-7-1928) ha creduto opportuno rivolgere la sua indagine sulla glicoregolazione in sessanta individui con lesioni appendicolari o in periodo acuto e subacuto prima e dopo l'intervento chirurgico

Gli infermi furono sottoposti alla prova della iperglicemia provocata previa somministrazione di gr. 50 di glucosio a digiuno e dosaggio della glicemia sia prima della somministrazione che dopo, di mezz'ora in mezz'ora.

Nei 60 casi esaminati, 50 furono sottoposti ad intervento e dopo di questo fu ripetuta la prova.

Dall'insieme dello studio dei casi l'A. ha notato come non vi siano state notevoli modificazioni della glicemia, e benchè questo non possa escludere in modo assoluto l'importanza dell'appendice nella glicoregolazione, poichè altri organi interessati possono supplire alla deficente o mancante funzione dell'appendice stessa, pure deve ammettere che per ora non vi sono dati che possano agevolmente permettere di ritenere l'appendice come organo di importanza sulla glicemia. L'A. in ogni caso si propone di portare quanto prima un contributo sperimentale studiando indirettamente la supposta secrezione interna dell'appendice e l'influenza di questa nella glicoregolazione.

FILIPPA.

Le funzioni dell'epiploon.

Da uno studio sperimentale fatto dal Romeo (*Gazz. med. italo-argent.*, n. 1, 1928) sulle funzioni dell'epiploon, si desume che esso costituisce tra le sierose l'organo destinato alla protezione della cavità addominale. Tale azione si esplica per la sua funzione antitossica, di assorbimento, antibatterica, trofica, che ricerche clinico-sperimentali hanno confermato.

Il Ramier considerava l'epiploon come un grande ganglio linfatico; infatti la struttura macro e microscopica, le modificazioni che subisce durante le affezioni patologiche, confermate clinicamente e sperimentalmente, giustificano tale concetto.

Durante i processi infiammatori, si può osservare nell'epiploon una reazione cellulare, con presenza di una grande quantità di leucociti tra le maglie dell'organo; con la colorazione vitale si possono mettere in evidenza anche dei grossi istiociti, provenienti dall'avventizia dei vasi e dalla trama connettivale degli organi; gli istiociti circondano il corpo estraneo, lo disgregano e ne fagocitano i residui.

Talora dagli istiociti si originano i fibroblasti, che concorrono con i linfociti a circondare i corpi estranei incapaci ad essere disgregati dagli istiociti.

Però questi elementi connettivali pare che non esplichino alcuna azione attiva sui corpi estranei; allorchè è avvenuta la disgregazione, i frammenti sono inglobati dai polimorfonucleati e dagli istiociti, oppure si depositano nelle maglie epiploiche, formando le così dette macchie lattee, oppure sono trasportate via dalla corrente linfatica.

CARUSI.

CASISTICA.

La nefrosi lipoidica.

Va sotto questo nome un'affezione renale da comprendersi nel gruppo delle nefriti epiteliali croniche idropigene, ma che è caratterizzata da *edemi* generalmente molto notevoli, *albuminuria elevata* ed accumulo di *colesterina nelle cellule dei tubuli renali.*

Questa affezione si inizia insidiosamente, specialmente nei giovani. È l'edema che, per primo, attira l'attenzione del malato e che può essere fin dal principio notevole. Oltre all'infiltrazione nei tessuti, vi può essere ascite, idrotorace, idropericardio.

L'urina è limpida, non ha che uno scarso sedimento con leucociti e cilindri jalini, ma contiene forti quantità di albumina, fino a 10 grammi e più per litro. Vi si trovano inoltre, dei corpuscoli giallastri che, al polariscopio, si riconoscono per cristalli di colesterina.

Gli elementi figurati del sangue sono normali, ma la sedimentazione si fa molto rapidamente, anche prima della coagulazione, ed il siero soprastante si presenta torbido, talvolta anche lattiginoso. Ciò si deve alla colesterinemia, che può raggiungere cifre elevate. Non vi è ritenzione azotata nè cloruremia, ma la composizione proteinica del sangue è notevolmente turbata. I liquidi di edema sono poveri in proteine.

Le prove della funzionalità renale, salvo nei periodi di edema intenso, danno discreti risultati nei periodi di remissione, in cui l'edema può scomparire e l'albuminuria ridursi di molto. Ciò che si deve temere non è già l'uremia, nè l'iper-

tensione, ma l'infezione; il malato soccombe quasi sempre ad un'infezione pneumococcica.

Per la terapia, P. Govaerts (*Le Scalpel*, 13 ott. 1928) consiglia anzitutto, la somministrazione di un regime che ridoni le proteine che continuamente si perdono con le urine e che dia una quantità sufficiente di calorie. Conviene bene un regime iperazotato; niente di peggio, in questi casi, di dare il regime che si è consueti a prescrivere nei casi di albuminuria. Nei periodi di forti edemi, limitare la quantità di liquido e quella di cloruro di sodio.

I consueti diuretici sono inattivi; sono efficaci quelli mercuriali, ma la loro somministrazione deve essere sorvegliata. L'urea, a forti dosi agisce bene se può essere sopportata; il regime azotato agisce bene appunto per l'urea che esso apporta.

Un purgante energico, di tanto in tanto sarà un mezzo prezioso per limitare gli edemi. Sembrano utili gli estratti tiroidei.

fil.

Nefrosi d'origine tiroidea.

Davidson (*The Canad. med. Ass. Journ.*, febb., 1928) riferisce 3 casi di nefrosi associate a vari tipi di mixoedema, nel quale la cura opoterapica tiroidea dette ottimi risultati.

L'A. conclude ritenendo che quando l'albuminuria precede di qualche mese o di anni l'apparizione degli edemi, il trattamento tiroideo solo è sufficiente.

Nei casi in cui l'edema accompagna o segue da vicino l'albuminuria darebbe dei risultati migliori l'uso di una cura mista: tiroide e paratiroide.

L. TONELLI.

Le nefropatie nelle angine tonsillari.

Le angine tonsillari si accompagnano con una certa frequenza a nefropatie, di varia gravità, con albuminuria, cilindruria, ematuria.

L'argomento viene studiato da F. Brunetti, in una monografia presentata al *XXIV Congresso della Soc. italiana di Laringologia, Otologia e Rinologia*, da cui risulta che il rapporto di interdipendenza fisiopatologica fra tonsille e reni, fra angina e nefrite, è pienamente e sicuramente comprovato. Ed anche risulta palese che l'azione a distanza delle infezioni tonsillari è, con assoluto predominio, legata alla presenza dello streptococco.

Le ricerche personali dell'A. dimostrano che, in questi processi di angina-nefrite, si ha uno stato più o meno marcato di reazione dei follicoli tonsillari, la quale però non è affatto specifica.

Dal punto di vista terapeutico, l'A. è favorevole alla eliminazione chirurgica del focolaio di infezione. Gli esiti più soddisfacenti si ottengono nelle forme di nefriti acute emorragiche, mentre assai scarsi e dubbi sono gli esiti nelle forme glomerulo-nefritiche croniche e nulli addirittura nelle nefrosi.

Il problema è senza dubbio assai interessante, tanto più che grande è la frequenza di reazioni renali nelle angine anche con modica o nulla reazione tonsillare, per cui è sempre consigliabile l'esame delle urine in tutti i casi di forme anginose anche lievi.

fil.

Sulla litiasi renale latente.

La sintomatologia della litiasi renale spesso non ha nulla di caratteristico, perchè può presentarsi con una sintomatologia esclusivamente gastrica, o di calcolosi biliare o di appendicite acuta.

Inoltre può essere simulata da molte altre malattie, sia del rene stesso, sia di organi prossimi al rene.

Anche l'ematuria non costituisce un dato indiscutibile, perchè essa può essere presente in affezioni estranee all'apparato urinario.

Vi sono poi dei calcoli che possono restare latenti per un tempo indeterminato, ed essere scoperti solo per caso.

C. Imperiale (*Giorn. Med. Mil.*, f. X, ott. 1928) riferisce due casi di calcolosi renale latente osservati di recente.

Nel primo caso, in una visita militare ad un paz. venne riscontrato piuria nelle urine, e curata come ciste, senza che vi fosse alcun disturbo dolorifico soggettivo.

Essendo sopraggiunta una elevazione febbrile preceduta da brivido, fu sottoposto a ricerche cliniche e radiografiche dell'apparato urinario, e gli fu scoperta una quantità di calcoli al rene D.

Nel secondo caso non vi era alcun disturbo subbiettivo. Due anni prima dell'osservazione una modica ematuria, presto cessata con cure mediche.

Essendosi ripetuta l'ematuria, fu sottoposto all'esame cistoscopico e radiografico, il quale mise in evidenza ombre di calcoli nel rene D.

Questi casi insegnano che dei calcoli possono restare nel rene, senza dare alcun disturbo, se si eccettua una piuria o un'ematuria.

È opportuno quindi, secondo il suggerimento di Marion, di eseguire sempre una radiografia allorchè esiste una piuria non di origine tubercolare, o una ematuria da causa poco chiara.

L'esame radiografico in questi casi deve essere praticato non solo sul rene ma sull'insieme delle vie urinarie.

CARUSI.

TERAPIA.

Incidenti d'indole generale nel trattamento delle varici con iniezioni sclerosanti.

Sono generalmente rari, ma possono verificarsi ed è bene che il medico li conosca per poterli prevenire. R. Tournay (*Journ. des praticiens*, 11 agosto 1928) li passa in rivista.

Lipotimie e sincopi. — Si osservano, indipendentemente dalla specie del trattamento, in individui timorosi, impressionabili a sistema vago-simpatico in stato di equilibrio instabile; quasi sempre in uomini. Pertanto, quando si tratta specialmente di uomini, si assicureranno dell'innocuità del metodo e si eviterà, almeno per la prima volta di fare l'iniezione col malato in piedi. Talvolta però l'iniezione stessa; determinando dei crampi, può dare una sensazione di lieve angoscia, che in qualche raro caso può esagerarsi fino alla sincope. Talvolta, per impedirla, è bastato sostituire nelle iniezioni il salicilato con il cloridrato di chinina.

Talora, specialmente se il crampo è stato molto intenso, si vede il malato impallidire; i tratti del viso si incavano, si ha sudore; crisi di breve durata, ma che lascia una sensazione di stanchezza per una buona mezz'ora; possono anche aversi sudori freddi, nausee, che però non finiscono mai col vomito. In altri individui, si nota un arresto brusco, ma del tutto transitorio (pochi secondi) del cuore e del respiro. Tali fenomeni sono da interpetrarsi come *crisi colloidoclasiche*, a cui sono da ascriversi anche le eruzioni di orticaria.

È ben difficile prevedere questi « shock » umorali. Ad ogni modo, per prevenirli, sarà bene usare delle soluzioni preparate con cura e fresche. L'adrenalina sarà, in questi casi, il rimedio eroico, curativo e preventivo; basterà la somministrazione orale di 20-30 gocce (sono forse anche troppe; N. del red.) da farsi, quando vi sia predisposizione, un quarto d'ora prima dell'iniezione sclerosante.

Fra gli incidenti di tipo riflesso, l'A. cita un caso di accesso epilettico.

Fenomeni dovuti all'azione delle sostanze iniettate. — Il cloridrato di chinina, a partire da certe dosi, può dare disturbi, che sono in realtà, abbastanza rari: vertigini, eccitazione, ebbrezza, ronzii di orecchio, gusto di amaro in bocca; in qualche raro caso si è verificata emoglobinuria. Si deve anche tener presente la possibile azione abortiva; in malate dell'A., l'iniezione di 40 cg. ha fatto ricomparire i mestrui o li ha anticipati; sarà quindi bene assicurarsi che la donna non sia incinta.

Il bijoduro di mercurio, a dosi molto elevate, ha provocato diarrea, salivazione esagerata, gengivite e stomatite.

Il citrato di sodio dà spesso la sensazione di salato in bocca e, se si oltrepassano le dosi di 4-6 grammi in una seduta, si può provocare, verso la fine dell'iniezione un certo grado di ansietà; sono stati altresì segnalati casi di morte per iniezioni endovenose di citrato (6 grammi). Quindi, prudenza ed evitare il citrato di sodio, che non è indispensabile.

Qualche disturbo può provocarlo anche il salicilato di sodio, che è il più utilizzato; ronzii di orecchio, vampe di calore, talora vertigini o vomiti.

In complesso, si deve ritenere che le iniezioni sclerosanti danno solo eccezionalmente dei disturbi d'indole generale, i quali non sono mai gravi e non compromettono per nulla la bontà di questo metodo. È bene però conoscerne la possibilità per mettersi al riparo.

fil.

L'ulcera cronica della gamba e la sua cura.

Dopo aver esposte le diverse teorie patogenetiche dell'ulcera cronica della gamba, Harttung (*Archiv. f. Klin. Chir.*, vol. 149, pag. 583) riferisce i risultati ottenuti con l'associazione di più metodi curativi. Ha trattato così 14 pazienti in cui ha ottenuto 12 guarigioni definitive.

Il piano curativo è il seguente:

Detersione delle superfici ulcerate con impacchi di soluzione di cloruro sodico al 10 %; ottenuta la detersione in un'unica seduta pratica la resezione e la legatura della safena al ginocchio, lo stiramento del n. safeno (che di solito decorre a due cm. dietro la vena) o, a seconda della sede, del n. cutaneo laterale del polpaccio o del cutaneo-mediano, o del peroneo superficiale. Aggiunge ancora una incisione parallela ai margini dell'ulcerazione e distante da questi 1 cm., che interessa cute, sottocutaneo e fascia. Dopo l'operazione si riprende il trattamento con gli impacchi di cloruro sodico. Avvenuta la cicatrizzazione applica una fasciatura che mantiene per quattro settimane.

VALDONI.

Le iniezioni di chinina negli angiomi.

Le Roy Des Barres (*Soc. de Chirurgie*, 9 marzo 1928) consiglia di fare iniezioni di sali di chinino in pieno tumore ed alla sua periferia. I punti di iniezione si terranno abbastanza distanziati per evitare una reazione troppo intensa dei tessuti. Per ogni punto, si inietta un cmc. La quantità totale di chinina da iniettare varia a seconda del peso dell'individuo, da 50 cg. a 2 g. Si ripete l'iniezione ogni 8 giorni, usando degli impacchi caldo-umidi per calmare il dolore, d'altronde moderato, della reazione. È inutile penetrare nel lume dei vasi, bastando la sclerosi perivascolare.

fil.

Cura delle emorroidi con la diatermia.

P. Lehmann (*Bull. Soc. de Méd. de Paris*, 28 apr. 1928) ha praticato la cura radicale delle emorroidi mediante l'elettrocoagulazione, che permette di distruggerle in una sola seduta. I noduli, messi a contatto di un ago percorso da una corrente di diatermia distruttiva, si coagulano e in secondo tempo cadono. Il domani della seduta si produce una crisi emorroidaria, che dura 12-48 ore e che viene calmata con i mezzi abituali. I pazienti possono levarsi e riprendere le loro occupazioni da 4 a 6 giorni dopo la seduta. La piaga non s'infetta mai; cicatrizza lentamente, ma non reca molestia. La coagulazione offre, sull'intervento chirurgico, molti vantaggi: può essere eseguita senza anestesia, o sotto anestesia di brevissima durata; determina dolori post-operatori meno intensi e meno durevoli; non necessita il soggiorno in ospedale o in casa di salute; immobilizza il paziente per un periodo brevissimo; non espone ad alcun accidente tardivo, come stenosi od incontinenza.

L. V.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Numerazione dei globuli del sangue. — Al dott. V. C. M., da C.:

Lo spazio compreso fra il dischetto del contaglobuli ed il coprioggetti sovrapposto ha l'altezza di mm. 0,1; quindi lo spessore dello strato di sangue che vi è contenuto è di mm. 0,1. Il lato di ognuno dei piccoli quadratini è di 1/20 di mm., cioè mm. 0,05, sicchè il volume di sangue di *un* quadratino è $0{,}05 \times 0{,}1 =$ mmc. $0{,}00025 = 1/4000$ di mmc. La numerazione delle emazie si fa, partendo dalla media di emazie contenute in un quadratino (corrispondente, come si è detto a 1/4000 di mmc.) e la si deve quindi moltiplicare per 4000 per ottenere il contenuto di emazie in un mmc.

Per i globuli bianchi, invece, che sono in un numero molto minore, si contano i globuli contenuti in *tutti* i quadratini, cioè di tutti i 16 quadrati grandi, comprendenti ognuno 16 quadratini, sicchè: $16 \times 16 = 256$. Si moltiplica allora il numero così ottenuto per 4000, numero che va poi diviso per 256, appunto perchè il numero dei quadratini contati non è stato di *uno* solo (come per le emazie) ma di 256. *fil.*

Ereditarietà del cancro:

A proposito di una nota pubblicata dal dott. Cerioli nel n. 1 della Sez. Prat. del *Policlinico* sulla ereditarietà del cancro, tengo a far notare che in una famiglia a me molto nota vi è una vera ecatombe di cancerosi. Particolare interessante è che il male ha colpito con grande frequenza il sesso femminile: le pazienti sono decedute quasi tutte per scirro alla mammella (circa 10 per tre generazioni). Solo due maschi finora deceduti: uno per carcinoma del fegato e un altro (non sicuro) dell'asta. Attualmente un collaterale pare affetto da epitelioma della lingua.

G. LUISI.

VARIA.

Rapporto tra i sessi.

I *Public Health Reports* (23 sett. 1927), confrontando i dati dell'Ufficio del Censimento degli Stati Uniti per gli anni 1917-1924, trovano che, nell'area soggetta a statistica degli Stati Uniti, il rapporto tra maschi e femmine è, alla nascita, di 1.06; ossia nascono 106 maschi ogni 100 femmine. Il rapporto è sensibilmente più alto per le nascite da madri giovani, raggiungendo il massimo di 1.23 per i nati da madri sotto i 15 anni di età, mentre si riduce a 1.055 per i nati da madri fra 35 e 54 anni di età.

Il rapporto tra maschi e femmine va abbassandosi dopo la nascita, a causa della maggiore mortalità dei maschi rispetto alle femmine e della immigrazione, maggiore per i maschi; tenendo conto di tutta la popolazione degli Stati Uniti soggetta a statistica, esso è di 1.04.

Se si facesse astrazione dell'immigrazione, il rapporto si ridurrebbe a 1.013.

Da un confronto con gli altri Paesi, si rileva che in quasi tutta l'Europa v'è, invece, eccesso di popolazione femminile, al che contribuiscono la maggiore mortalità dei maschi e l'emigrazione, la quale concerne di preferenza la popolazione maschile.

La sproporzione maggiore si ha in Inghilterra, con 93.5 maschi ogni 100 femmine; seguono: Norvegia 94.0, Danimarca 94.5, Svezia 95.3, Spagna 95.3, Austria 96.6, Germania 96.6, Russia europea 97.2, Svizzera 97.2, Ungheria 97.7, Francia 97.9, Olanda 98.2, Irlanda 98.3, Belgio 98.4, Italia 99.0. Il rapporto s'inverte, in Europa, solo per: Polonia 100.5, Grecia 101.5, Bulgaria 104.5, Jugoslavia 106.0, Caucaso 111.0.

Questi Paesi si comportano come quelli asiatici, nei quali si ha dovunque eccesso di maschi: Giappone 102.0, India 104.1, Siberia 106.0, Corea 113.0, Russia asiatica (esclusa la Siberia) 117.5, Cina 125.0.

Per alcuni di questi Paesi, in specie la Cina, i dati non sono però molto attendibili, data l'imperfezione delle statistiche e la tendenza a considerare le femmine come quantità trascurabile, per modo che non vengono neppure denunziate. Comunque, si può ammettere come certa, in essi, una preponderanza marcata dell'elemento maschile.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA (*).

Farmacie ospedaliere.

La *Gazzetta Ufficiale* del 12 dicembre, n. 292, ha pubblicato la legge 2 dicembre 1928 n. 2733, per la istituzione di farmacie ospedaliere.

« Le Opere pie ospedaliere, classificate di prima classe a norma dell'art. 3 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2841, che abbiano in esercizio da più di dieci anni farmacie interne per esclusivo servizio dell'Ospedale, possono, nei Comuni con popolazione superiore ai 10.000 abitanti, essere autorizzate dal Prefetto, sentito il Consiglio provinciale di Sanità e la Giunta Provinciale Amministrativa, ad aprire e gestire farmacie in eccedenza alla pianta organica stabilita a norma dell'art. 2 della legge 22 maggio 1913 n. 268, ancorchè in tali Comuni si trovino farmacie privilegiate ai sensi dell'art. 28 di detta legge ».

Le concessioni in eccedenza non potranno superare il numero di una nei Comuni sino a 50.000 abitanti, di due in quelli da oltre 50.000 a 150.000 abitanti, di tre nei Comuni da oltre 150.000 a 300.000 abitanti, di quattro nei Comuni maggiori.

Il primo fascicolo del *Diritto Pubblico Sanitario*, 1929, pag. 15, contiene una nota di commento e di illustrazione di questa legge ed esamina, risolvendoli, alcuni dubbi di interpretazione.

Le disposizioni regolamentari per le denunzie dei casi di aborto.

Sono state approvate, ma non ancora pubblicate nella *Gazzetta Ufficiale*, norme regolamentari per l'applicazione della legge 23 giugno 1927 n. 1070. È opportuno segnalare subito le disposizioni che concernono la denunzia dei casi di aborto. L'argomento è molto delicato. per sè stesso e per il coordinamento delle norme che riguardano il referto e la denunzia.

Già altra volta esaminammo brevemente la disposizione dell'art. 9 della legge 23 giugno 1927 in relazione all'art. 439 del C. P. Le regole concernenti il contenuto della denunzia richiedono ora qualche delucidazione.

L'art. 9 della legge dispone così: « Gli esercenti la professione medico-chirurgica, oltre a quanto è prescritto nell'art. 154 del T. U. delle leggi di P. S. approvato con R. D. 6 novembre 1926 n. 1848, sono obbligati: *a*) a denunciare al Podestà, in ogni caso di morte, la malattia che ne è stata la causa; *b*) *a denunciare in modo circostanziato al medico provinciale, entro due giorni, ogni caso di aborto per il quale essi abbiano prestato la propria opera o del quale siano venuti comunque a conoscenza nell'esercizio della loro professione;* la denuncia è fatta secondo le norme indicate nel regolamento. *Il contenuto della denuncia deve rimanere segreto; c*) ad informare il medico provinciale e l'ufficiale sanitario dei fatti e delle circostanze, che possano interessare la pubblica salute. I contravventori sono puniti con l'ammenda da L. 100 a L. 1000. Della sentenza passata in giudicato è data comunicazione dalle Cancellerie giudiziarie a mezzo del Prefetto, al competente Ordine dei medici chirurgi, ai fini di cui all'art. 8 lett. *c*) della legge 10 luglio 1910 n. 455 ».

Oltre la pena pecuniaria è, dunque, esplicitamente prevista la repressione disciplinare del fatto illecito.

Il regolamento stabilisce che la denunzia deve contenere le seguenti indicazioni:

1) cognome, nome, età, provenienza e domicilio della donna;

2) se l'intervento del sanitario sia stato richiesto prima, durante o dopo l'aborto cui si riferisce la denunzia e se l'opera sua fu prestata alla donna nel domicilio di questa o altrove;

3) indicare la data in cui è avvenuto l'aborto;

4) se l'aborto è stato spontaneo o provocato, o completo o incompleto;

5) la causa che, secondo scienza o coscienza, possa aver determinato l'aborto. Nel caso in cui l'interruzione della gravidanza sia stata provocata a scopo medico, nella denunzia deve essere indicato il nome dei medici chirurgi che sono intervenuti e stabilire ed indicare quali sieno stati esattamente i motivi;

6) la natura dell'intervento, nonchè tutte le osservazioni che il chirurgo curante e il medico consulente credono di fare per norma del medico provinciale;

7) cognome, nome e residenza della levatrice che ha prestato assistenza alla donna, ovvero che ha richiesto l'opera del denunziante.

Da queste indicazioni possono risultare eventuali responsabilità penali, inerenti all'aborto, anche per la persona assistita, se ed in quanto essa abbia procurato l'aborto con mezzi adoperati sia pure da altri, ma, si intende, col suo consenso.

Si può ritenere che, almeno per l'aborto, sia implicitamente abrogata la disposizione dell'articolo 439 C. P. che eccettua dall'obbligo del referto i fatti che, presentando i caratteri di delitto contro la persona, espongano ad un procedimento penale colei che è stata assistita dal medico chirurgo?; la risposta negativa non è dubbia. Come già altra volta dicemmo, le disposizioni degli articoli 439 C. P. C. e 9 della legge 23 giugno 1927

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

hanno finalità ed obbietto del tutto diversi e forme non confondibili. L'art. 439 punisce il medico, il chirurgo, la levatrice o altro ufficiale di sanità che, avendo prestato l'assistenza della propria professione in casi che possano presentare i caratteri di delitto contro la persona, ometta di riferirne sollecitamente all'autorità giudiziaria o di pubblica sicurezza. Il referto è, in sostanza, una denunzia obbligatoria, *per l'eventuale procedimento penale contro i responsabili*: perciò è presentato all'autorità giudiziaria o di pubblica sicurezza, la quale deve procedere, per suo ufficio.

Il referto non è obbligatorio se può esporre la persona assistita. Evidentemente questa eccezione tende ad evitare il danno che deriverebbe dalla mancanza di soccorso medico se il paziente, temendo di essere esposto a giudizio penale, non chiedesse assistenza sanitaria.

Questa disposizione rimane pienamente efficace. L'art. 9 stabilisce un altro obbligo, per denunzia che ha essenzialmente carattere di comunicazione amministrativa e che riguarda tutti i casi di aborto. Quale che sia il contenuto della denunzia, secondo le recenti disposizioni regolamentari, essa *è dominata dal segreto*, per espressa disposizione dell'art. 9 della legge: « il contenuto della denunzia *deve* rimanere segreto ». Questo vincolo assoluto obbliga non soltanto il sanitario che ha fatto la denunzia ma anche il medico provinciale che la riceve.

Egli può fare uso degli elementi acquisiti, per tutti gli effetti amministrativi e sanitari e anche per quelle funzioni di vigilanza che deve esercitare sull'attività dei medici chirurgi e delle levatrici, ma è tenuto ad osservare l'obbligo del segreto circa il contenuto della denunzia. Il medico provinciale non deve riferirne all'autorità giudiziaria, se il contenuto della denunzia può esporre la persona assistita ad un procedimento penale.

Queste considerazioni si riferiscono alle norme ora in vigore, rigorosamente interpretate. Appartiene alla politica legislativa di stabilire se la eccezione risultante dall'art. 439 C. P. non debba essere estesa al delitto di aborto procurato. Non è, in ogni modo, il caso di esaminare, dal punto di vista di eventuali riforme, questo delicatissimo quesito. Interessa ora precisare la interpretazione delle norme in vigore, per la più esatta applicazione di esse.

CONTROVERSIE GIURIDICHE

VII. - Sospensione dall' impiego.

La sospensione dell'impiegato, nel corso o in vista del procedimento penale, è considerata *precauzionale*, cioè essenzialmente e formalmente condizionata, e, per questo suo carattere e per la sua finalità, non è impugnabile con ricorso giurisdizionale. Se la sospensione non ha durata determinata, non è però *illimitata*: astrattamente la efficacia di essa coincide con le esigenze del procedimento disciplinare e, quindi, anche praticamente deve corrispondere ad esse. Si è, perciò, ritenuto che se la durata della sospensione è protratta arbitrariamente e il procedimento è ritardato senza causa legittima, il comportamento dell'amministrazione può concretarsi in un provvedimento disciplinare dissimulato o può disvelarlo. In tal caso, è ammesso ricorso in sede di giurisdizione amministrativa. Il termine decorre teoricamente dal tempo in cui la nuova situazione si è prodotta. Ciò importa che, praticamente, non si può precisare una data certa di decorrenza e il ricorso è in genere ammissibile, dal punto di vista della tempestività.

La V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 13 settembre 1928 n. 520, ha riaffermato in linea di principio ed essenzialmente questi criteri generali, pur avendo considerato il caso concreto, allora deciso, fondamentalmente regolare dal punto di vista della efficacia precauzionale della sospensione, perchè il procedimento disciplinare, avendo richiesto non breve tempo, si era svolto in relazione alle esigenze istruttorie dei fatti imputati.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

La politica scolastica del Regime Fascista.

Il Ministro della P. I., on. Belluzzo, nell'insediare il nuovo Consiglio Superiore della Pubblica Istruzione, ha pronunziato un discorso in cui riferendosi al problema universitario ha detto:

« Il problema universitario è in Italia sempre vivo e discusso.

Intorno all'ordinamento ed al funzionamento delle Università in questi anni si è molto parlato e scritto ed insieme a verità si sono dette cose, che non esito a definire insensate.

Sulla questione del numero delle nostre Università si sono espresse opinioni più o meno felici: sopprimere delle Università, create quando la popolazione italiana era di gran lunga inferiore all'attuale, e quando la scienza e la tecnica e le professioni avevano campo più ristretto, è cosa più facile a dire che a fare, giacchè se si pone mente alla serietà, con la quale dovrebbero essere impartiti ai giovani gli insegnamenti di discipline che interessano la salute e la sicurezza del pubblico, la produzione, il commercio ed i traffici; se si riflette che l'efficacia degli insegnamenti, nei quali le esercitazioni pratiche assumono una importanza superiore alle lezioni orali, è in ragione inversa del numero degli allievi, bisogna concludere che le esistenti Università possono restare.

Eventualmente si potrà discutere sulla diminuzione del numero delle facoltà in alcune Università e sul necessario concentramento di alcuni insegnamenti oggi frazionati fra troppe cattedre.

È convinzione generale che nelle diverse scuole superiori le cattedre di ruolo si siano moltiplicate più del bisogno: se è vero che la scienza avanza e che sempre più si estende il suo campo di indagine, è altrettanto vero che il suo progresso lascia morire cognizioni e principii che acquistano un valore puramente storico, onde ne deriva che la mole dell'insegnamento di determinate materie non si accresce sostanzialmente col progredire della scienza.

Pertanto una revisione della classificazione delle cattedre fondamentali è ormai matura e sarà questa revisione un altro dei compiti della prima sezione del Consiglio, che a tal fine sarà opportunamente divisa in Commissioni.

Sopra questo concetto i fautori delle diverse tesi saranno però d'accordo e, cioè, che gli insegnamenti fondamentali delle facoltà a carattere scientifico e professionale, e precisamente degli istituti di medicina e chirurgia, di scienze, di ingegneria, di agraria, di veterinaria, debbano avere a disposizione laboratori scientifici moderni, provvisti della più perfezionata suppellettile, e mezzi idonei affinchè essi possano essere frequentati da tutti gli allievi.

A siffatta mèta intende arrivare nel più breve tempo il Capo del Governo, il quale ha in varie occasioni affermato che il problema dei laboratori scientifici universitari deve essere risoluto in pieno, con larghezza di mezzi, e non con inadeguate e frazionate provvidenze, onde l'Italia possa raggiungere nel campo scientifico quelle posizioni avanzate che oggi le sono contese appunto per deficienza di mezzi ».

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Norme per il servizio di profilassi del baliatico mercenario.

Il Governatore di Roma, intendendo migliorare il servizio di profilassi del baliatico mercenario, istituito fin dal 1903, ha di recente emanato rigorose norme perchè le disposizioni al riguardo stabilite dal Regolamento d'Igiene abbiano la loro completa osservanza.

Secondo tali disposizioni le donne che intendono esercitare la funzione di balie, oltre che di buona condotta morale, debbono essere riconosciute fisicamente idonee in seguito a visita medica, praticata dall'ufficiale sanitario o da un medico da lui delegato, dalla quale risulti che esse non sono affette da malattie infettive e trasmissibili, sopratutto da sifilide.

Perchè l'autorizzazione abbia ogni garanzia di autenticità, si è ora disposto che i certificati debbano essere sempre muniti di fotografia, agevolando anche quelle balie che non ne siano in possesso, e presentino regolare certificato di povertà, con la esecuzione gratuita della fotografia stessa presso l'Ufficio d'Igiene del Governatorato.

Qualunque cittadino pertanto che abbisogni di una balia dovrà d'ora innanzi richiedere sempre la carta di idoneità rilasciata dall'ufficiale sanitario, in modo da avere così tutte le garanzie possibili sullo stato di salute della balia medesima e sulla secrezione lattea, accertati anche con esami speciali.

Qualora i privati abbiano trovato essi stessi per proprio conto la balia, potranno parimenti condurre questa all'Ufficio d'Igiene per la visita di controllo.

Le visite vengono eseguite nello speciale ambulatorio, in via Galilei n. 1, tutti i giorni, esclusi i festivi, dalle ore 10 alle 12.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ARPINO (*Caserta*). — L. 7000 (*sic*) e 5 quinquenni dec.; età lim. 46 a.; doc. a 3 mesi dal 1° dic.; scad. 10 feb.; bolletta di versam. L. 50 alla Cassa Comun.

CORIANO (*Forlì*). — 3° reparto; a tutto 20 feb.; ab. 2873; ha. 2200; L. 10.000 e 10 bienni ventes., oltre c.-v. e L. 2000 trasp.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15. Chied. annunzio.

GRAVINA DI PUGLIA (*Bari*). — A tutto 10 feb., per Poggiorsini; L. 10.500 compreso ogni altra indennità; 4 quadrienni di L. 1000; ab. poco più di 700; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

LECCE. *Amministraz. Provinc.* — Due posti di coadiutore nel Laborat. Provinc. d'igiene e profilassi: uno per la Sez. Med.-Micrograf., uno per la Sez. Chimica; L. 9500 e 3 quadrienni di L. 700, oltre L. 1700 serv. att., c.-v., compartecipaz. utili. Docum. di cui all'art. 8 R. D. 16-1-1927 n. 155. Cart.-vagl. L. 50,10. Scad. ore 12 del 28 feb. Chiarimenti dalla Segreteria Generale.

MALCESINE (*Verona*). — Scad. 15 feb.; stazione di cura.

NEONELI (*Cagliari*). — Scad. 15 feb.; con Ardauli; L. 10.500 oltre L. 1000 uff. san., L. 2000 cavalc., c.-v.; rivolgersi Podestà.

POLLENZA (*Macerata*). — Scad. 10 feb.; chirurgo medico; L. 8000 e 3 quadrienni dec., oltre L. 800 serv. att., L. 1200 direz. Osped. Civile (in corso aumento a L. 3700), L. 500 trasp., c.-v., L. 500 se uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

ROMA. *Ministero delle Colonie.* — Proroga al 28 febbraio del concorso a posti di capo dei reparti di chirurgia femminile, con annessa sala di maternità, e di stomatologia presso l'Ospedale coloniale Vittorio Emanuele III in Tripoli. Vedi fasc. 4.

SIENA. *Amministraz. Provinc.* — Direttore della Sez. Med. Micrograf. del Laborat. d'igiene e profil.; L. 15.000 e 6 quadrienni dec., oltre lire 1800 indenn., c.-v., 35 % proventi analisi; età lim. 45 a.; tassa L. 50. Scad. 20 feb.

TREVIGNANO (*Treviso*). — Prorogato al 20 feb. (Per le condizioni vedere N. 1 del 1929).

UMBERTIDE (*Perugia*). — Scad. 15 feb.; per Preggio; L. 8000 e 5 sessenni dec., oltre L. 600 serv. att., L. 2000 disag. resid., L. 4000 cavalc., c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Istituto Ortopedico Rizzoli in Bologna.

È aperto il concorso al premio Umberto I di L. 3500, che verrà assegnato alla migliore opera od invenzione ortopedica. Al concorso possono prendere parte medici italiani e stranieri. Le modalità del concorso e dell'assegnazione del premio sono fissate da apposito regolamento, che sarà inviato a chi ne faccia richiesta. La domanda di concorso dovrà essere rivolta al presidente dell'Istituto Rizzoli in Bologna. Scad. 31 dicembre 1929.

Premio per gli studi sui fanghi.

Un premio di L. 10.000 è stato messo a disposizione della Associazione Nazionale di Idrologia, Climatologia e Terapia Fisica dal comm. E. Granelli, per la Soc. An. Terme di S. Pellegrino. Secondo deliberazione del Consiglio Generale dell'Associazione è stato fissato il tema: « I fanghi dal punto di vista biologico e terapeutico », e, data l'importanza del lavoro e del premio, il concorso sarà chiuso il 31 dicembre 1929.

I lavori originali, dattilografati o in bozze di stampa, ma non ancora pubblicati, devono pervenire entro detto giorno alla Segreteria Generale, via S. Barnaba, 8, Milano, secondo le formalità consuete.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Tra i senatori di nuova nomina sono i dottori Alessandro Guaccero e prof. Luigi Messedaglia.

Il dott. Alessandro Guaccero, nato a Palo del Colle (Bari) nel 1878, è entrato nella Camera nel 1919; si è occupato con impegno e competenza di questioni sanitarie. Dirige l'Istituto ortopedico di Triggiano.

Il prof. dott. Luigi Messedaglia è nato a Verona nel 1874. Fu deputato di Verona dal 1910 al 1913. È libero docente di patologia e clinica medica; è stato aiuto dell'illustre De Giovanni ed incaricato di microscopia clinica all'Università di Padova; durante la guerra fu colonnello medico negli ospedali avanzati. È autore d'importanti pubblicazioni scientifiche. Copre varie cariche pubbliche nella sua città; è tra l'altro, presidente del Consiglio Provinciale. Gode di larghissime simpatie.

Ai due nuovi rappresentanti della famiglia medica nel Senato vadano i nostri cordiali rallegramenti.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Trieste.

Onoranze al prof. Castiglioni.

Nei locali del Dipartimento sanitario del Lloyd Triestino si è tenuta un'adunanza di medici per porgere, assieme ai membri della Direzione generale del Lloyd e a tutti gli alti funzionari della Società, felicitazioni e auguri al prof. Arturo Castiglioni che, entrato a far parte del corpo medico lloydiano nel 1899, festeggiava il compimento di un trentennio della sua attività professionale.

Prese prima la parola il consigliere delegato del Lloyd, porgendo a nome della Direzione della Società gli auguri più cordiali al prof. Castiglioni. Quindi il dott. Tonello, a nome del Comitato dei medici lloydiani, espresse al festeggiato la profonda riconoscenza dei colleghi e degli amici per tutto quanto egli fece in questi lunghi anni di lavoro, organizzando esemplarmente il servizio sanitario del Lloyd e conquistandosi l'affetto devoto e riconoscente di tutti i colleghi, a nome dei quali egli presentò al prof. Castiglioni un esemplare in argento e uno in bronzo della magnifica medaglia incisa magistralmente dallo scultore Mayer, la quale porta da un lato l'effigie dell'illustre scienziato e dall'altro una dedica latina dettata dal prof. Ziliotto, che ne esalta i meriti scientifici e professionali. La medaglia, coniata dallo Stabilimento Johnson di Milano, venne molto ammirata dai presenti. Oltre a ciò fu offerto a nome dei medici un magnifico foglio miniato in oro su disegno di Gino Parin, nel quale è raffigurato felicemente il prof. Castiglioni in abito accademico e sono raccolte le firme di tutti i donatori.

Infine il dott. Tonello lesse alcuni fra gli innumerevoli telegrammi di adesione e felicitazione pervenuti da ogni parte.

La Società degli Amici dell'Infanzia inviò al suo direttore un'affettuosissima lettera di felicitazione; l'Associazione marinara fascista, sede di Genova, un caldissimo telegramma di adesione firmato dal segretario generale dott. Soldi; da tutte le navi lloydiane in viaggio pervennero telegrammi di felicitazione, ecc.

Prese quindi la parola il prof. Luigi Devoto, che, ritessendo il quadro dell'opera di Arturo Castiglioni quale medico, quale organizzatore dei servizi sanitari, quale scienziato e quale letterato insigne e affermando come egli abbia ormai assunto un posto di primo ordine nell'insegnamento universitario meritandosi la gratitudine e l'ammirazione di tutti gli italiani per la sua tenace e fervida opera con la quale rivendicò nobilmente le glorie della scienza nazionale, ne esaltò il fervido patriottismo, per il quale anche negli anni più difficili del servaggio egli affermò sempre coraggiosamente la sua fede nei destini della Patria.

Infine il prof. Castiglioni, espresse la sua riconoscenza ai convenuti, dicendosi fiero e orgoglioso di essersi meritato la stima e l'affetto dei suoi compagni di lavoro.

Bellissimi doni sono pervenuti in quest'occasione al prof. Castiglioni, fra i quali particolarmente ammirato un superbo piatto di argento cesellato, offerto dalla Direzione generale della Società.

R. S.

Da Ariccia (Roma).

L'Istituto Ortopedico e Sanatorio per Bambini (*).

Posto su una collina a 450 m. sul livello del mare, prossimo alla costa, circondato a tre lati da fitte boscaglie ed aperto a sud verso il mare da cui dista pochissimi chilometri, si trova in condizioni privilegiate per esercitare con vera efficacia la sua funzione profilattica e terapeutica nella lotta antitubercolare infantile. Per la sua posizione ed orientazione, per il suo clima temperato, stabile, per l'organizzazione igienico-sanitaria, per il perfetto e completo arredamento di apparecchi di cui è fornito e per la modernità dei mezzi terapeutici adottati può considerarsi tra i migliori Istituti nella assistenza infantile.

Disponendo di un quantitativo di posti-letto in N. 250, ogni anno vengono quivi accolti e curati non meno di 200 bambini bisognosi di cure.

Nella Sezione Sanatoriale si accolgono bambini predisposti, linfatici, i quali vengono abituati ad un regime di vita igienico e sottoposti a tutte quelle cure fisiche e medicamentose atte a ricostituire il loro organismo, non trascurando la loro formazione morale ed intellettuale. Vivono molto all'aperto esercitando il loro corpo secondo un piano metodico ed armonico. Le cure elioterapiche; l'aereo-esposizione, le esercitazioni ginnastiche, il bagno, le doccie e tutte le cure igieniche e didattiche costituiscono la parte principale della loro giornata. L'aereo-elio-esposizione riesce a loro giovevole associata alla ginnastica, ai giuochi, agli esercizi sportivi e durante l'applicazione intellettuale, essendo già da tempo quivi organizzata una vera scuola sana all'aria aperta, dove la coltura più che dai libri si formi spontanea nell'interno del bambino al contatto con gli elementi fecondatori dello spirito umano.

Speciale cura è posta nel trattamento dell'adenoidismo, poichè quei bambini affetti da vegetazioni adenoidi, oltre al trattamento chirurgico, vengono in apposite sale regolarmente sottoposti alle inalazioni sia collettive che individuali

---

(*) È bene che i medici italiani conoscano le nostre opere curativo-assistenziali. Diamo pertanto un succinto rapporto su l'Istituto chirurgico ortopedico di questa cittadina. Nato e svoltosi all'inizio per sottoscrizioni del « Giornale d'Italia » ha avuto, grazie al fervore del dott. Melloni che l'ha diretto con capacità tecnica e con passione, ormai un assetto stabile.

Nella Sezione Chirurgica-Ortopedica vengono curati bambini affetti da deformità congenite ed acquisite ed in apposite sale bambini affetti da lesioni tubercolari chirurgiche. In questi l'elioterapia viene applicata con scrupolosa tecnica dosando per ogni singolo individuo, a seconda dei casi, la somministrazione dei raggi solari.

Ai grandi apparecchi gessati inamovibili, salvo casi speciali, è sostituita, seguendo il metodo del Rollier, la immobilizzazione delle regioni lese nelle posizioni più acconcie con speciali sistemi ortopedici, che, mentre realizzano la guarigione della lesione non sottraendola all'azione dei raggi solari, diano affidamento alla funzionalità normale dell'organo con l'integrità completa delle articolazioni, dei legamenti e dei muscoli. In tali lesioni, se necessario, si pratica anche la radioterapia, l'attinoterapia con vantaggiosi risultati.

I bambini affetti da rachitismo in atto, oltre alla somministrazione dei preparati di calcio e di fosforo, sono regolarmente sottoposti all'azione dei raggi ultravioletti ottenendone ottimi risultati controllati all'esame radiologico ed all'esame clinico.

La dieta ordinaria è regolata in modo che ai bambini possa dare uno sviluppo medio di 2000-2500 calorie.

Ad integrare l'Opera di questa Istituzione nella lotta antitubercolare infantile, in appositi locali funziona un dispensario profilattico con annesso ambulatorio per le specialità, il quale oltre ad essere adibito alle cure ambulatorie rappresenta un centro di profilassi e di propaganda.

Dal 1915 a tutto il 1928 furono in questo Istituto curati:

1) Con degenza nell'Istituto Ortopedico e Sanatorio	n.	1416
2) Con degenza nel Reparto adolescenti	»	83
3) Nell'Ambulatorio Profilattico e delle Specialità	»	1863
Totale	n.	3407

con il 60 % di guarigioni, il 20 % di miglioramento, il 5 % di morti ed il 10 % con esito ignoto.

Le varie pubblicazioni ed i resoconti del Direttore Sanitario illustrano con vera competenza e dimostrano con chiarezza l'opera profilattica e terapeutica svolta in questo Istituto sin dalla sua fondazione nella assistenza infantile, specie nei riguardi della lotta contro la tubercolosi.

S. S.

NOTIZIE DIVERSE.

Società Italiana di Medicina Sociale.

Come abbiamo annunziato, sotto gli auspici del Sindacato medico fascista provinciale Milanese e col plauso delle superiori gerarchie sindacali, si è costituita in Milano una *Società Italiana di medicina sociale.*

Il Comitato organizzatore di questa Società confida che in essa si raccoglieranno tutti quanti, medici e non medici, si occupano d'uno qualsiasi dei tanti problemi della medicina sociale.

La Società non intende sostituirsi o sovrapporsi a nessun'altra che svolga una consimile attività; essa si propone anzi di riassumere i risultati dei loro lavori per richiamare su di essi l'attenzione dei legislatori, dei medici e del pubblico, così che si crei e si estenda una coscienza igienica nazionale tutta intesa al miglioramento della salute fisica e morale del nostro popolo.

I promotori della nuova Società pensano che questo altissimo fine possa essere conseguito mediante conferenze divulgatrici e mediante pubblicazioni ove siano esposti i risultati conseguiti in ciascun campo della medicina sociale e denunciate con assoluta sincerità le lacune della legislazione e delle provvidenze sin qui attuate. Aperto è pure il campo allo svolgersi di studii e di inchieste sovra particolari contingenze nazionali o locali che appalesino lacune da colmare, rimedi da suggerire, scopi da conseguire.

Tali studii saranno facilitati da concorsi e da premi cosicchè su di essi venga richiamata l'attenzione dei giovani studiosi, entro e fuori l'ambiente universitario, e sia aperta ai cultori della medicina sociale la possibilità di applicarne i risultati dovunque il progresso civile imponga la tutela della integrità della stirpe.

Per trattare le questioni più importanti e più urgenti, per additare i risultati ottenuti e le vie da seguire, saranno indetti congressi nazionali che integrino con l'opera loro quella delle altre Società consorelle.

In quest'anno il lavoro sarà favorito dall'alta e ambita collaborazione dell'Istituto Fascista di Cultura di Milano, istituzione assurta a fastigi d'importanza nazionale sotto la sapiente guida di chi l'ha creata: l'on. Dino Alfieri, membro del Gran Consiglio Fascista.

È stato organizzato un programma di una cinquantina di conferenze, dal quale appare come la nuova Società abbia il raro privilegio di mettere a partito l'opera degli uomini più insigni che vanti il Paese nel campo della medicina sociale; di coloro stessi ai quali la fiducia del Governo fascista ha commesso l'altissimo cómpito di vigilare sulla salute del popolo italiano.

L'azione non s'arresterà a questo passo, ma procederà sicura, se l'assisterà la cooperazione di quanti hanno a cuore ciò che sta a cuore, sovra

ogni altra cura di governo, a Colui che regge le sorti del Paese: la salvezza della stirpe.

L'Ufficio di presidenza è così costituito: prof. Carlo Foà, presidente; prof. Vito Massarotti, vice presidente; dott. Arnaldo Pisa, segretario. La sede sociale è in Milano, via Dogana, 2.

Prima esposizione nazionale di storia delle scienze.

Come abbiamo annunziato, nel prossimo mese di maggio avrà luogo a Firenze la Prima Esposizione Nazionale di Storia delle Scienze.

Il Comitato centrale di Firenze desidera fare un censimento degli oggetti e delle pubblicazioni riguardanti la materia, esistenti in Italia.

Il Comitato regionale romano, presieduto dall'on. senatore Federico Millosevich, rettore magnifico della R. Università di Roma, rivolge viva preghiera di segnalare al Segretario del Comitato dott. Giuseppe Montalenti, via Cola di Rienzo, n. 297, Roma, quelle pubblicazioni che abbiano attinenza diretta o indiretta con la storia della Scienza, avvertendo, per ciascuna di esse, se gli Editori sono disposti ad esporre un esemplare alla Mostra.

La spedizione sarà fatta a cura e spese del Comitato Centrale, che dà ogni garanzia per la buona conservazione e la regolare restituzione, anch'essa senza spesa.

Il Comitato regionale romano e così composto: Serono, Bardi, Formiggini, Montalenti, segretario.

Convegno italiano della malaria.

Il Consiglio della Società Italiana per gli Studi della Malaria, riunitosi a Roma il giorno 7 gennaio sotto la Presidenza di Sua Eccellenza Don Gelasio Caetani, ritenendo che il tempo previsto per la preparazione del Convegno sulla Malaria indetto per il prossimo febbraio, non sia sufficiente, ha deciso di rinviarlo all'autunno prossimo.

La crociata contro la tubercolosi a Siena.

Il nuovo Segretario Federale di Siena, Alberto Chiurco, ha posto fra i capisaldi dell'azione fascista dell'anno VII la lotta strenua contro la tubercolosi.

Siena si trova nelle statistiche ufficiali al secondo posto per la tubercolosi. Quasi un terribile primato cui deve e vuole rinunziare.

Si è cominciato dalla propaganda profilattica e morale o volitiva insieme, in mezzo alle nuove generazioni.

E pertanto la crociata ha avuto subito il suo inizio nelle scuole Primarie.

Il Direttore delle Scuole Elementari ha dettato degli ottimi consigli e ha dato delle prescrizioni didattiche.

La propaganda sarà fatta anche nelle classi inferiori, e riguarderà principalmente la pulizia personale e le buone consuetudini igieniche.

Si è già dato un tema umile ma importante: « Lotta contro lo sputo ».

Corsi complementari in igiene.

Si terranno presso i RR. Istituti d'igiene di Bologna (viale Filopanti 10) e di Pavia (Istituti Biologici), a partire rispettivamente dal 1° marzo e dal 3 aprile, per la durata di due mesi. Vi sono ammessi laureati in medicina aspiranti alla carriera igienico-sanitaria e laureati e diplomati diversi. Domande fino al 28 febbraio e al 31 marzo. Tasse complessive L. 425 e L. 367,50. Modalità consuete. Richiedere gli avvisi.

Insegnamento medico post-universitario a New York.

La città di New York offre delle opportunità straordinarie per l'insegnamento medico post-universitario, nei suoi 94 ospedali pubblici, con circa 25.000 letti, senza contare 114 ospedali semi-privati, con altri 7000 letti, e piccole case di salute ed ospedali privati.

Basti dire che sono organizzate due scuole speciali, la « Post Graduate Medical School and Hospital » e « The Polyclinic Medical School and Hospital »; che il « Long Island Hospital Medical College », in collegamento con la « King's County Medical Society », per il 1929 offre 70 corsi completi, su 12 specialità cliniche, in 13 ospedali; il « College of Physicians and Surgeons of Columbia University » annunzia 54 corsi su 8 specialità; il « Cornell University Medical College » 9 corsi su 4 specialità; l'« University and Belleview Medical College of New York University» 9 corsi su 3 specialità; corsi generali su tutta la medicina si tengono ogni anno durante le prime due settimane di ottobre. Si hanno anche borse di studio, internati, ecc.

Il « Commettee on Medical Education » ha costituito, presso l'Accademia Medica di New York, un « Bureau on Clinical Information » che ha pubblicato una serie di 12 opuscoli sinottici, nonchè uno riassuntivo, di circa 100 pagine, corredato di pianta, per i medici ospiti di New York, il cui tempo è limitato; gli opuscoli s'inviano gratis a richiesta. Si pubblicano, inoltre, due bollettini, di cui uno quotidiano, sulle operazioni chirurgiche eseguite nei vari ospedali, ed uno settimanale, sulle lezioni e conferenze, esclusa la chirurgia. Il segretario generale dell'ufficio dà tutte le informazioni complementari.

Rivolgersi a « The New York Academy of Medicine », Fifth Avenue a. One Hundred and Third Street, New York City (S. U. d'A.).

Per gli ospedali municipali di New York.

Il sindaco di New York ha firmato un decreto, in data 9 novembre, il quale istituisce, presso il Municipio, uno speciale Dipartimento per gli ospedali, così da unificare l'amministrazione e il controllo dei 32 ospedali municipali, che prima dipendevano dall'Ufficio d'igiene, da quello di assistenza pubblica e dall'amministrazione autonoma dell'Ospedale Bellevue e uniti. Il decreto va in vigore col 1° febbraio.

Nell'asilo marino di Ostia.

L'Istituto è presentemente al completo, trovandovisi accolti ottanta bambini predisposti, cifra corrispondente alla massima disponibilità.

Sono prossimi al termine i nuovi padiglioni, capaci di oltre trecento bambini.

L'edificio, solidamente costruito ed organizzato con i criteri più moderni, deriva il suo finanziamento dai centesimi che la cittadinanza di Roma aggiunge alla tariffa dei tram ed autobus comunali nei giorni di festa.

In occasione della distribuzione della befana, organizzata dall'Ufficio d'Igiene del Governatorato, si svolse una cerimonia cui intervenne il card. Vannutelli.

In questo Istituto come negli altri stabilimenti di assistenza del Governatorato le suore di San Vincenzo presiedono alla disciplina ed all'amministrazione interna, e ad esse spetta in gran parte il merito del buon andamento.

Beneficenza.

La signorina Adelina Marchi ha donato all'Università di Milano la somma di due milioni e mezzo di lire, oltre un appezzamento di terreno edificabile.

La signora Angelina Colombo ha donato all'Ospedale Maggiore di Milano la somma di lire 400.000.

Il rag. Giovanni Saluini ha donato allo stesso ospedale L. 100.000.

Anonimi genitori hanno offerto, nell'anniversario della morte del figliolo, all'Opera Nazionale Maternità e Infanzia L. 100.000.

Il sig. Mangione ha legato alla Congregazione di Carità di Comiso (Siracusa) L. 100,000, a favore dell'Ospedale Regina Margherita.

A Solarino (Siracusa) è sorto l'Ospedale Civile « Giuseppe Vasquez », dovuto alla munificenza del concittadino F. Vasquez, emigrato 22 anni or sono in Argentina e tutt'ora residente a Buenos Aires.

Pletora medica in Inghilterra.

Il numero dei medici in Inghilterra è aumentato di circa 10.000 dal 1917 al 1927; ossia in ragione molto superiore all'incremento della popolazione.

Nel commentare questo fatto il « Brit. Med. Journ. » rileva che molti nuovi campi si sono dischiusi alla professione medica, col moltiplicarsi dei metodi diagnostici e terapeutici e con lo sviluppo della medicina preventiva, della medicina sociale e dell'amministrazione sanitaria.

Negli ultimi anni, però, il numero delle iscrizioni alle scuole mediche si è sensibilmente ridotto: da 2531 nel 1920 è sceso a 1214 nel 1927, ossia a meno della metà. Il giornale rileva che questo è un bene, perchè si cominciava ad avvertire una esuberanza di medici.

Per i servizi sanitari nelle Colonie francesi.

Siccome il numero dei medici nelle colonie francesi è inadeguato ai bisogni, il ministro delle Colonie ha deciso d'istituire un corpo di ausiliari, che presteranno la loro opera sotto la direzione e la sorveglianza dei medici e si occuperanno in specie d'igiene e profilassi. Gli aspiranti dovranno aver compiuto le scuole superiori e frequenteranno un corso biennale, teorico e pratico, in una delle scuole coloniali di medicina di: Parigi, Marsiglia, Bordeaux, Lione, Algeri. Il programma verrà elaborato da un Comitato, di cui è presidente il prof. Tanon.

Centenario dell'Accademia Medica del Brasile.

L'Accademia di Medicina di Rio de Janeiro celebrerà in forma grandiosa il suo centenario nel prossimo luglio. Tutti i Poteri dello Stato parteciperanno alla cerimonia. Il prof. Miguel Couto, raggiunto dai limiti d'età, ha consentito, su richiesta di tutti i colleghi, a mantenere le sue funzioni sino ad allora.

In tale occasione si terranno Congressi d'igiene, di idrologia e di eugenica; si procederà all'inaugurazione del nuovo Ospedale della Fondazione Graffé-Guisslé e dell'Istituto oncologico della Fondazione Osvaldo Cruz.

Professori raggiunti dai limiti d'età.

Le Scuole mediche italiane perderanno, a causa dei limiti d'età, nel corso del 1929, i seguenti professori nati nel 1854.

Di Vestea Alfonso, di igiene a Pisa, da Loreto Aprutino (Teramo);

Ferrari Ambrogio, di clinica chirurgica a Parma, da Fidente (Parma);

Ferraro Pasquale, di anatomia patologica a Messina, da Curinga (Catanzaro);

Raimondi Carlo, di materia medica a Siena, da Lodi.

Un monumento di Pasteur a Chicago.

Il 27 ottobre scorso venne inaugurato un monumento a Pasteur, nel South Park di Chicago. Parlarono l'ambasciatore francese Paul Claudel, l'on. C. G. Dawes, il presidente del Comitato dott. F. Billings, il dott. L. Hektoen e il sig. W. T. Lane; questi, 44 anni prima aveva fatto parte di un gruppo di quattro bambini morsicati da un cane rabbioso a Newark e mandati a Parigi, presso Pasteur: furono i primi americani assoggettati alla nuova cura. Egli disse: « Tutti erano certi che andavamo a morire... Fummo salvati ».

Commemorazione di Billroth.

Il 26 aprile verrà solennemente commemorato a Vienna il centenario della nascita di Teodoro Billroth. Le cerimonie si svolgeranno nella Billroth-Haus.

Si è costituito un Comitato promotore in cui sono rappresentate l'Accademia delle Scienze, la Facoltà Medica e la Società dei Medici di Vien-

na, così costituito: L. Arzt, F. Becke, A. Eiselsberg, A. Fraenkel, E. Fuchs, J. Hochenegg, F. Hochstetter, C. Sternberg, J. Wagner-Jauregg, R. Wettstein.

Il nobile sacrificio di un pioniere della radiologia.

Nella Clinica chirurgica della R. Università di Pisa è stato operato il dott. Piero Pierini di disarticolazione del primo dito della mano destra. Si è dovuta eseguire la mutilazione perchè una neoplasia si era prodotta su di una vecchia dermite da raggi X. Il dott. Pierini è stato un pioniere della radiologia. Fu tra i primissimi ad eseguire esperienze sugli animali, nell'Istituto di materia medica, ove allora era aiuto; si dedicò anche alla costruzione degli apparecchi e allo studio delle ampolle produttrici di raggi X. Il male quindi, per il quale ha dovuto sacrificare la integrità della propria mano, dipende esclusivamente dall'amore che egli ha avuto per la scienza.

Il prof. Taddei, direttore della Clinica chirurgica, che ha eseguito l'atto operatorio, ha dovuto sacrificare completamente il dito, riservandosi per il futuro, giacchè il dott. Pierini è gravemente colpito anche alle altre dita delle due mani.

Da dieci anni il dott. Pierini, reso inabile dalle radiazioni X, ha dovuto ritirarsi dall'esercizio professionale e conduce una modestissima vita.

Vittime della scienza.

Hanno posto volontariamente fine alla loro vita, in Londra, i due fratelli dottori Arturo Brown Smith e Sidney Mackendrick Smith, ridottisi in miseria perchè interamente assorbiti dai loro studî sul cancro.

Avvelenamento collettivo.

In un magazzino della Darsena di Genova, appartenente alla Ditta Vax e Vitale, ove si procedeva alla lavatura e preparazione di pesce in scatola, si è manifestato un avvelenamento tra circa 40 operaie, alcune delle quali colpite molto gravemente. Le cause dell'avvelenamento non ne sono ancora chiarite.

Medicina e aeroplani.

Il ministro inglese dell'aeronautica e presidente del Consiglio dell'aeronautica, sir Samuel Hoare, nel presentare un attestato di benemerenza al « London Hospital Medical College », tenne un discorso in cui rilevò i progressi compiuti dalla medicina per la scelta degli aviatori e l'utilità degli aeroplani per il trasporto di malati e feriti. A tale riguardo ricordò un episodio, relativo ad un'epidemia dissenterica prodottasi nell'aspra regione montana del Kurdistan: 100 malati poterono essere rapidamente trasportati all'ospedale di Bagdad e furono tutti salvati. Aggiunse che ora alcuni dei più rapidi aeroplani verranno adattati al servizio sanitario.

Crociera medica al Circolo Polare.

La crociera organizzata dal « Bruxelles Médical » al circolo polare artico avrà luogo sulla nave « Brazza » (di 16.000 tonnellate). Partenza da Zeebrugge il 13 luglio alle ore 18 e ritorno allo stesso porto il 4 agosto alle ore 12. Si farà scalo a Koperwick, ove verrà imbarcato il pilota dei fiordi; a Norhemsund, Bergen, Gudwanza, Balhom, Loe, Merok, Andaelnaes (nei fiordi); a Svartisen ed a Digermulen (isole Lofoden) oltre il circolo polare; a Thorstavn (isole Feroë); a Lerwick (isole Shetland); a Leith (con escursione a Edimburgo e ai laghi della Scozia). L'itinerario si svolgerà per 3096 miglia marine (circa 5726 chilometri).

La nave « Brazza » proverrà da Bordeaux e vi farà ritorno; quindi l'imbarco e lo sbarco possono farsi in questa città (mediante un'indennità supplementare di 300 franchi).

Per informazioni rivolgersi a: « Croisière Médicale du Brazza », boulevard Adolphe Max 29, Bruxelles (Belgio).

I premi per l'Igiene domestica e l'atto generoso di un collega.

A Lentini (Siracusa) il prof. Lorenzo Piazza, vero apostolo dell'igiene in pro' della quale lavora alacremente in vivace lotta contro l'indifferenza, ha istituito, già da due anni, a proprie spese, numerosi premî per gli alunni poveri che dimostrino di far tenere ai proprî famigliari la casa pulita ed in buon assetto. Ed ha inoltre disposto diverse elargizioni per la Sezione locale dell'O. N. Balilla, per il funzionamento delle scuole all'aperto, per i bagni, ecc.

L'attività del prof. Piazza non si limita quindi alla sola propaganda orale, ma si traduce anche in moneta sonante, bene spesa per favorire l'igiene. E l'encomiabile esempio dovrebbe essere seguito da chi, con sacrificio minore di quello che può essere per il medico, potrebbe elargire somme, che sarebbero di tanta utilità per l'igiene sociale.

Dopo lunghe ed atroci sofferenze è morto, a 53 anni, il prof. JOSEPH WIESEL. Il suo nome resterà legato specialmente alle ricerche sull'anatomo-patologia dei corpi adrenali, compiute mentre era assistente di Zuckerkandl. Egli descrisse l'ipertrofia compensatoria dei surreni accessori sul coniglio e poi sull'uomo (sul para-epididimo); riconobbe che il morbo di Addison è legato ad ipotrofia dell'intero sistema cromaffine, tra cui quello contenuto nel midollo delle capsule surrenali ove solo in secondo tempo s'innesta la tubercolosi; stabilì che l'ipotrofia costituzionale del sistema cromaffine si manifesta, in primo tempo, con lo stato timo-linfatico. Questi rapporti patogenetici furono súbito largamente confermati, da Hedinger, Hart, Bartel, ecc. Il Wiesel indagō poi i rapporti tra nefriti croniche e sistema cromaffine, riconoscendo che quest'ultimo si mostra iper-

trofizzato nelle forme ipertensive (rene grinzo); le ricerche in tale campo sono ancora discusse, ma hanno aperto vie nuove allo studio patogenetico delle nefriti. Esse sono state estese da Wiesel, in collaborazione con Schur, alla patogenesi delle cardiopatie ed ai rapporti del sistema cromaffine con la glicogenesi e la glicosuria.

Dall'anatomopatologia il Wiesel è passato alla medicina interna: prima assistente di Ortner e di Schlesinger, nel 1915 ebbe il titolo di professore, nel 1917 fu nominato primario d'ospedale e nel 1921 conseguì la cattedra di straordinario in medicina. In questo secondo periodo egli definì gli stati timico, linfatico e timo-linfatico, di natura costituzionale, separandoli dal linfatismo, acquisito in seguito a tossi-infezioni; sono legati a ipoplasia e insufficienza del sistema cromaffine, che costituiscono la base su cui s'impianta poi il morbo di Addison. Portò gli stessi concetti nello studio del reumatismo articolare acuto, che sarebbe legato ad insufficienza costituzionale delle sierose e delle articolazioni, su cui s'impianta poi il processo infettivo. In collaborazione con Löwy-Lenz indagò la patogenesi dell'insufficienza cardiaca, che sarebbe legata a difetti costituzionali dei vasi (processi degenerativi dello strato muscolare ed elastico delle piccole arterie, calcificazione), i quali impongono al cuore un maggior lavoro. Da ultimo indagò, in forma magistrale, la patogenesi dei disturbi del climaterio, in rapporto con i fattori costituzionali ed endocrini. Il Wiesel era molto rinomato come diagnosta. Fu anche un appassionato di musica ed egli stesso abile violinista. Malgrado la malattia, continuò a lavorare e a produrre intensamente sino alla vigilia della morte.

A. P.

Si è spento il prof. PIERO BOSSI, dirigente la Sezione Meccanoterapica dell'Ospedale Maggiore di Milano e docente di ortopedia in quella Università. La scienza medica gli deve importanti contributi di studi e d'esperienza nei campi della chirurgia generale, della cranioscopia e particolarmente dell'ortopedia. Se ne apprezzavano anche la rara modestia, l'onesta fermezza del carattere e la generosità dell'animo. Fu tempra d'artista, cultore di musica.

La salma è stata trasportata alla nativa Crema.

R. S.

E' morto a Chicago il prof. ALESSANDRO MAXIMOW, che dal 1922 insegnava anatomia generale in quella Università. Era nato a Pietroburgo e contava 52 anni. Lascia importanti lavori sull'istologia del connettivo, sullo sviluppo degli organi emopoietici e sulla coltura dei tessuti.

Con la morte di FERNAND WIDAL la scienza medica subisce una perdita irreparabile. Del grande clinico francese diremo ampiamente in un prossimo numero.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journ. de Méd. de Paris, 3 gen. — P. M. DESCHAMPS. I metodi attuali di trattam. dell'angina pectoris.

Riv. Ospedaliera, nov. — T. LUCHERINI. Le pancreatiti.

Riv. di Clin. Pediatr., dic. — G. C. BENTIVOGLIO. Nozioni di chimica colloidale applicata all'allattam. artific.

Arch. de Med., Cir., ecc., 22 dic. — C. JIMÉNEZ DIEZ e al. Rapporti tra funzione gastrica ed equilibrio acido-base. — 29 dic. M. RONCAL. Flebiti post-influenzali e varicosità. — M. ARECES. Sintomi radiografici delle artriti tubercolari.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 23 dic. — A. PANTANO. Colloidi e tumori.

Ann. di Oftalmol., ecc., dic. — OVIO. Fattore d'inferiorità visiva della retina fuori del punto di fissaz. — TIERI. Sindrome morfologica dell'iride nella tabe e nella paralisi p.

Medic. Ibera, 5 gen. — V. CALVO. Ipertensione essenziale.

Mediz. Welt, 5 gen. — SCHUTZ. Epidemiologia della scarlattina.

Paris Méd., 5 gen. — Numero sulla tbc.

Ars Medica, dic. — A. TAVARES e R. CARVALHO. L'osteocondrite deformante infantile.

Riforma Medica, 17 dic. — L. DE GAETANO. Cura chirurg. dell'elefantiasi degli arti infer. — R. STANZIALE. Tentativo di terapia della lebbra col tellurio.

Bull. Méd., 2-5 gen. — A. PRUCHE e A. BIENVENNE. Radioterapia simpatica in certe affezioni cardiache.

Gaz. d. Hôp., 5 gen. — P. BAIZ e Y. BOQUIEN. L'agranulocitosi.

Lancet, 5 gen. — W. SAMPSON HANDLEY. La radiologia dal punto di vista di un chirurgo.

Münch. Med. Woch., 4 gen. — DÖRFLER. Sul taglio cesareo. — MUCH. Lipoidi e morfina. — KOCH. Medicina e filosofia.

Deut. Med. Woch., 4 gen. — GASS. Alleviamento dei dolori del parto. — SCHAÖDER. Impiego clinico dei preparati d'ormone sessuale. — ADLER. Nuovo ago per pneumotorace.

Mediz. Klinik, 4 gen. — R. SCHMIDT. Diagn. precoce del cancro del tubo diger. — H. KÜTTNER. Cancro del crasso e sua cura chirurg. — J. PAL. Spasmo delle coronarie; angina pectoris.

Arch. d. Mal. du Coeur, ecc., gen. — E. FROMMEL. Sulla farmacologia della digitale. — L. GALLAVARDIN e P. VEIL. Estra-sistolia ventricolare con salve tachicardiache e accidenti vertiginosi.

Revue Neurolog., dic. — G. GUILLAIN. Sindrome dell'arteria cerebellare super. — I. BERTRAND e BOFFF. Difficoltà della diagn. differenz. e anatomopatologica tra sclerosi laterale amiotrofica e paralisi pseudo-bulbare. — P. VAN GEHUCHTEN. Le vie nervose del nistagmo.

Brasil-Medico, 15 dic. — C. DE REZENDE. Punti controversi sulla febbre gialla.

Bull. de l'Ac. de Méd., 26 dic. — C. ACHARD. L'immunità vaccinale contro le malattie tifoidi. (Discuss.).

Journal A. M. A., 22 dic. — E. G. BAMIECK e N. K. KEITH. Nefrite e nefrosi con edema. — L. MILLS. La chirurgia moderna della cataratta. — J. P. GARDINER. Vomiti gravidici.

Giorn. di Cl. Med., 30 dic. — D. MONARI e G. GALLI. Supposta influenza dei riflessi condizionali sull'immunità.

Journ. de Méd. de Lyon, 5 gen. — J. DUVERNAY. Sul reumatismo cron.

Journ. de Méd. de Paris, 10 gen. — A. CASTELLANOS. Le pneumococcie; trattam. con i sali biliari.

Arch. Argent. de Inferm. del Apar. Digest., *ecc.*, 2. — D. DEL VALLE. Ileo post-appendicectomico. — M. R. CASTEX e M. SCHTEINGART. Correlazioni tra fegato e tiroide.

Ztbl. inn. Med., 12 gen. — F. KÖHLER. Malattie rare dei polmoni.

Mediz. Welt, 12 gen. — K. SPIRO. Preparati ergotinici e gangrena. — B. BLEYER. Conservabilità dei fattori vitaminici A e D.

Deut. Med. Woch., 11 gen. — EICHHOLTZ. Sui farmaci moderni. — LÖWENSTEIN. Nuove vie alla profilassi antidifterica.

Acta Med. Scandinav., VI-VI. — C. GENTZ. Pleurite calcolosa con essudato sieroso. — S. M. ELDH. Cachessia pigmentaria. — N. P. RASOUMOV e A. B. NICOLSKAJA. Effetto degli estratti embrionarî sul sistema cardio-vascolare. — O. J. NIELSEN. Derivati acridinici nella terapia del diabete.

Rivista di Terapia Moderna e di Medicina Pratica, Milano, gen. 1929. — Gli studi italiani nel campo della Tisiologia. — L'insegnamento della Tisiologia. — Quanto si è fatto in Italia per la lotta antitubercolare. — Libri nuovi e pubblicazioni riguardanti la Tisiologia. — Le giornate napoletane per la tubercolosi. — Premio Bilancioni. — L'alto valore dei periodici italiani di Tisiologia.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVI — Roma, 11 febbraio 1929 — Num. 6

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE CIVILE DI FAENZA.
SEZIONE MEDICA diretta dal Prof. I. CIVALLERI.

Nuovi orizzonti nel trattamento della ipertensione vascolare?

Il salasso incruento

per il prof. dott. I. CIVALLERI, primario
e il dott. E. LIVERANI, assist. effettivo.

Nonostante il rilevante numero di medicamenti che fino *ab antiquo* sono stati impiegati e continuano ad essere proposti allo scopo di ottenere un'azione ipotensiva, possiamo dire che ancora oggi non possediamo alcun mezzo sicuramente valevole ad ottenere un costante abbassamento di una pressione vascolare patologicamente aumentata.

Recentemente la nostra attenzione ed interesse sono stati richiamati da un lavoro di E. Wollheim e F. Brandt, della clinica medica di Berlino (Confr. *Deutsche Med. Woch.* n. 16, 1927) in cui gli AA. studiando gli effetti delle iniezioni endovenose di acqua distillata sulla crasi sanguigna, hanno osservato una serie di modificazioni qualitative e quantitative che sono assai simili a quelle ottenute mediante il salasso.

È noto che dopo un salasso, la quantità di sangue sottratta, viene sostituita in circolo da un liquido più povero in albumina e più ricco in cloruro sodico e glucosio (Veil, Hess, Burger, ecc.) e che, per uno o due giorni, vi è diminuzione del numero dei globuli rossi e del tasso emoglobinico.

Analogamente, dopo iniezione endovenosa di 10 cmc. di acqua bidistillata, i suddetti AA. hanno trovato, procedendo ad accurate determinazioni ematologiche, nelle prime due ore, una diminuzione della quantità del plasma circolante con ipoglobulia, ed ipoemoglobinemia, diminuzione del contenuto in albumina (accertata col refrattometro) ed aumento del contenuto in cloruro sodico nel siero. Inoltre, studiando il comportamento della pressione vascolare, hanno notato che questa rimane invariata nei soggetti normali, mentre in alcuni ammalati ipertesi, si ha, parallelamente alle modificazioni suddescritte, un abbassamento della pressione vascolare che può raggiungere anche i 20-40 mmHg.

Non è facile dire come questi fenomeni avvengano.

Per quel che concerne le modificazioni siero-ematologiche, gli AA. credono di poter escludere trattarsi di emolisi intravitale, dato che l'osservazione spettroscopica del sangue, fornisce risultati negativi.

Pare invece più probabile che l'acqua distillata introdotta per via endovenosa, porti ad una modificazione del ricambio idrico ed azotato negli endoteli capillari.

La transitoria diminuzione della massa di sangue circolante (che può raggiungere anche in certi casi il 20-30 %, come gli AA. hanno dimostrato mediante il metodo delle iniezioni di Tripanroth) sarebbe quindi essenzialmente legata ad una stasi capillare, sopratutto a livello della milza (Bancroft), ma anche di altri organi e tessuti che funzionando da deposito, verrebbero a sottrarre temporaneamente dalla circolazione, delle notevoli quantità di sangue.

Il fatto poi che nei soggetti normali la pressione vascolare resta invariata, mentre si abbassa negli ipertesi, si può spiegare, ammettendo che in questi ultimi, di fronte alla riduzione della massa circolante che si verifica per opera delle iniezioni di acqua distillata, si abbia una mancata contrazione della parete delle arterie ed arteriole in stato di ipertonicità, oppure una dilatazione paradossa dei vasi stessi.

Comunque, deve essere in gioco un disturbo nel delicato meccanismo regolatore della circolazione e della pressione.

Va notato a questo punto che anche iniezioni endovenose di soluzioni glucosate, possono provocare modificazioni ematologiche consimili a quelle che si verificano per l'acqua distillata. Da tempo il Meyer aveva sperimentato e proposto l'uso di soluzioni ipertoniche di zucchero nel trattamento dell'ipertensione e degli stati angiospastici. Ma secondo Wollheim e Brandt, non è al glucosio, bensì all'acqua distillata che serve a discioglierlo, che vanno attribuite le proprietà in discorso, tanto è vero che gli effetti sono maggiori se invece di soluzioni ipertoniche di glucosio (al 20 %) si adoperano soluzioni ipotoniche (al 0,2 %) mentre un'azione quantitativamente più forte ancora si ottiene con la semplice acqua distillata.

Basandosi su queste constatazioni Wollheim e Brandt hanno proposto di sostituire alla pratica del salasso cruento, le iniezioni endovenose di 10 cmc. di acqua bidistillata o di glucosio al 0,2 %. Essi parlano così di « salasso incruento » (unblutiger Aderlass), che sopra il primo avrebbe degli evidenti vantaggi, fra cui quello di potersi ripetere giornalmente od anche due o tre volte al giorno, non appena i suoi effetti vengono a cessare, ottenendo in pratica i medesimi, anzi migliori risultati, senza danneggiare i pazienti con ripetute sottrazioni sanguigne.

E come diretto corollario di tali vedute, preconizzano intanto il metodo nel trattamento dell'ipertensione arteriosa.

I primi risultati che essi hanno ricavato dalle loro esperienze, sembrano notevoli.

Sopra 32 ammalati sottoposti in modo esclusivo, spesso anche solo ambulatoriamente, ad iniezioni bisettimanali o a giorni alterni od anche quotidiane di 10 cmc. di acqua bidistillata o di glucosio al 0,2 %, constatarono in 11 casi (di ipertensione genuina) un abbassamento netto, graduale e durevole della pressione, insieme con un evidente miglioramento dei disturbi soggettivi ed obbiettivi. Nei rimanenti casi (ipertensione ad eziologia varia, sifilide, sclerosi renale, lesioni bulbari ecc.) gli effetti o furono fugaci o non apprezzabili affatto.

***

L'interesse dell'argomento ha spinto anche noi a sperimentare il metodo allo scopo di controllare la sua efficacia nel trattamento dell'ipertensione, cosa abbastanza semplice, non trattandosi praticamente che di ricercare se le iniezioni endovenose di acqua bidistillata (10 cmc. prodie o a giorni alterni) praticate per un dato periodo di tempo (da 3 a 6 settimane, secondo il suggerimento degli autori tedeschi, o anche più) provochino realmente un abbassamento temporaneo o duraturo nella pressione sanguigna degli ipertesi.

I casi da noi scelti per le prove sono 20. Dieci di ipertensione essenziale; 5 di ipertensione con R. W. positiva; 4 reni grinzi; 3 arterio sclerotici con esiti di emorragia cerebrale; 1 tumore cerebrale.

Di questi soggetti 16 furono trattenuti in osservazione in ospedale per tutto il periodo del trattamento e 4 furono curati ambulatoriamente.

Inutile dire che in tali pazienti fu escluso qualsiasi altro trattamento medicamentoso (causale o sintomatico) per tutto il periodo delle esperienze, che non vi furono limitazioni dietetiche speciali, e che quando non vi erano particolari ragioni in contrario, essi venivano fatti alzare per tutta la giornata onde evitare l'influenza del riposo prolungato a letto sopra la pressione vascolare.

La tecnica delle iniezioni non offre difficoltà trattandosi soltanto di introdurre per via endovenosa in giorni ed ore stabilite 10 cmc. di acqua bidistillata sterile.

In qualche caso abbiamo praticata l'iniezione di soluzione ipotonica di glucosio al 0,2 % invece dell'acqua distillata od alternativamente con questa.

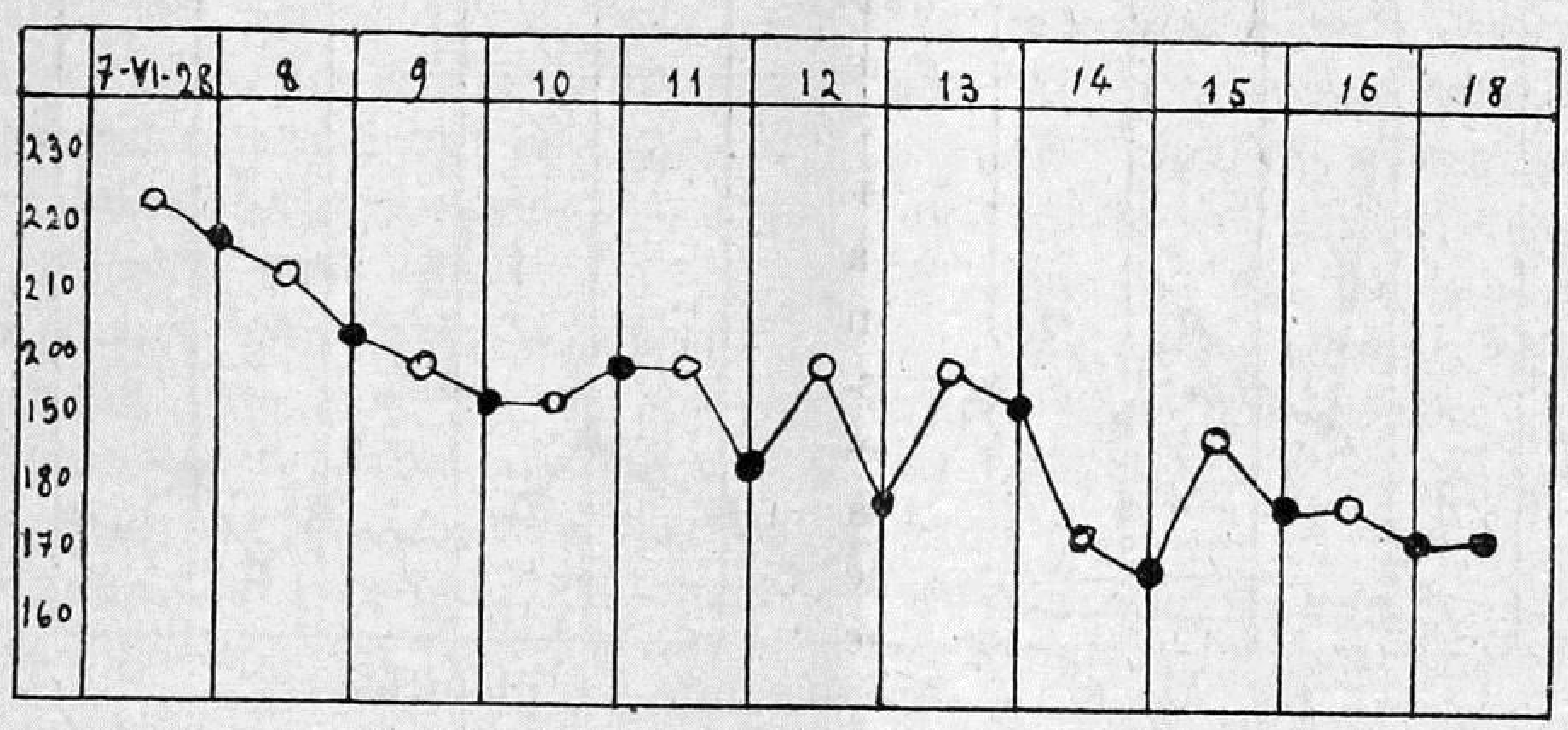
Le iniezioni vennero fatte sempre alla stessa ora, solitamente al mattino a digiuno.

Per ogni soggetto, prima di iniziare le esperienze, venivano accuratamente ricercati e stabi-

liti al Riva-Rocci, i dati della pressione, con determinazioni ripetute per parecchi giorni di seguito onde fissare la cifra media da servire come punto di riferimento. Ciò fatto si praticava l'iniezione, seguendo poi il comportamento della pressione arteriosa dopo 40 minuti, dopo due ore e dopo 12 ore; e così ad ogni nuova iniezione. Coi dati raccolti si costruivano per ciascun caso dei diagrammi giornalieri da cui si ricavò infine la curva della pressione riguardante tutto il periodo dell'esperimento (1).

Passando ora a riferire i risultati delle esperienze quali si possono desumere dall'esame della nostra casistica (che crediamo poterci esimere dal riportare qui per esteso), dobbiamo anzitutto distinguere tra risultati persistenti, risultati transitori e risultati immediati.

Quanto ai primi, lo diremo subito, essi sono nella grande maggioranza dei casi, negativi, in questo senso: che paragonando i valori della pressione determinati avanti e dopo il trattamento, non appaiono differenze sensibili.

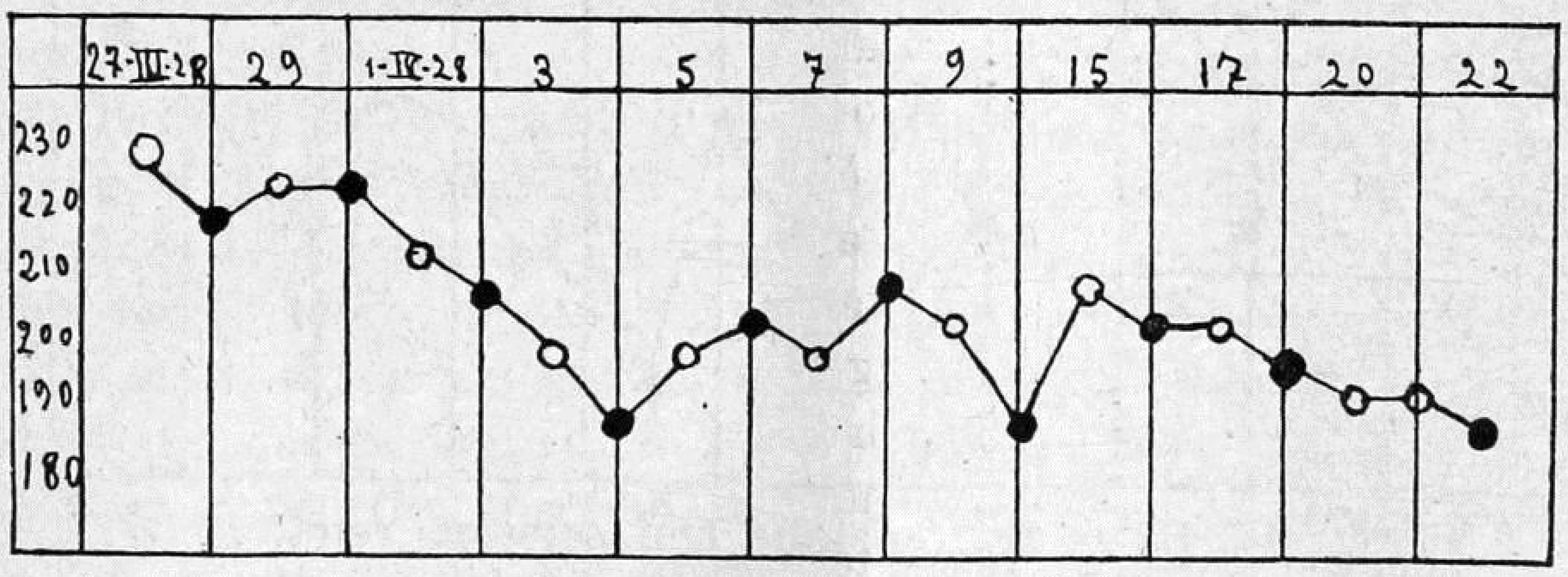


I) S. A. — Ipertensione genuina.

Questo periodo fu variabile da caso a caso; in genere da 2 a 4 settimane, e con iniezioni in principio quotidiane e poi a giorni alterni, o anche più spaziate. In qualche paziente furono praticate talvolta 2 iniezioni nella stessa giornata, data la loro assoluta innocuità.

Sopra 20 casi, 17 ci portano a constatare, che, salvo più o meno ampie oscillazioni di cui ci occuperemo fra breve, il regime di pressione del soggetto è rimasto, in definitiva, quello che era prima di iniziare la cura.

I tre casi in cui gli effetti furono più apprez-



II) R. E. — Ipertensione in soggetto luetico.

Terminato il trattamento venivano ancora compiute per qualche tempo osservazioni e determinazioni allo scopo di rilevare eventuali effetti a distanza, tanto nei riguardi della pressione, quanto in merito allo stato soggettivo ed obbiettivo dei malati, che fu sempre accuratamente indagato.

zabili e si mantennero per un certo periodo dopo il trattamento sono compendiati nelle tabelle qui sotto, in cui ad ogni punto contrassegnato con *o* corrisponde un'iniezione.

Essi riguardano un caso di ipertensione essenziale (I) uno di ipertensione a base luetica (II) ed uno di ipertensione con congestione cerebrale in pletorico (III).

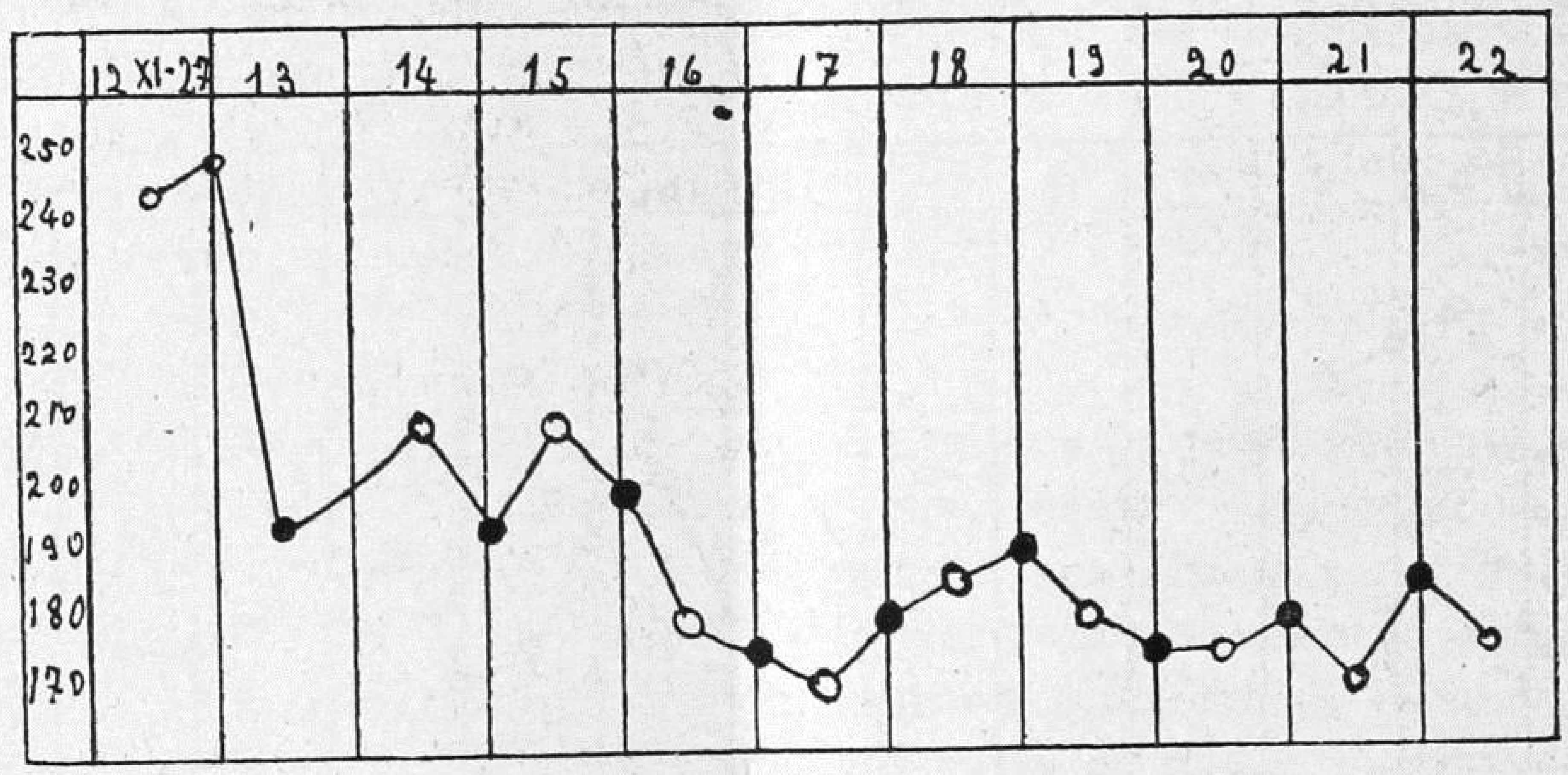
Effettivamente in questi 3 soggetti alle iniezioni di acqua bidistillata (associate in un caso a quelle di glucosio), è seguito un effetto favorevole. La curva della pressione ha mostrato tendenza a declinare gradualmente, e, pure attraverso a qualche rialzo transitorio, si è portata ad un livello decisamente più basso di quello primitivo, realizzando tra la pressione origina-

---

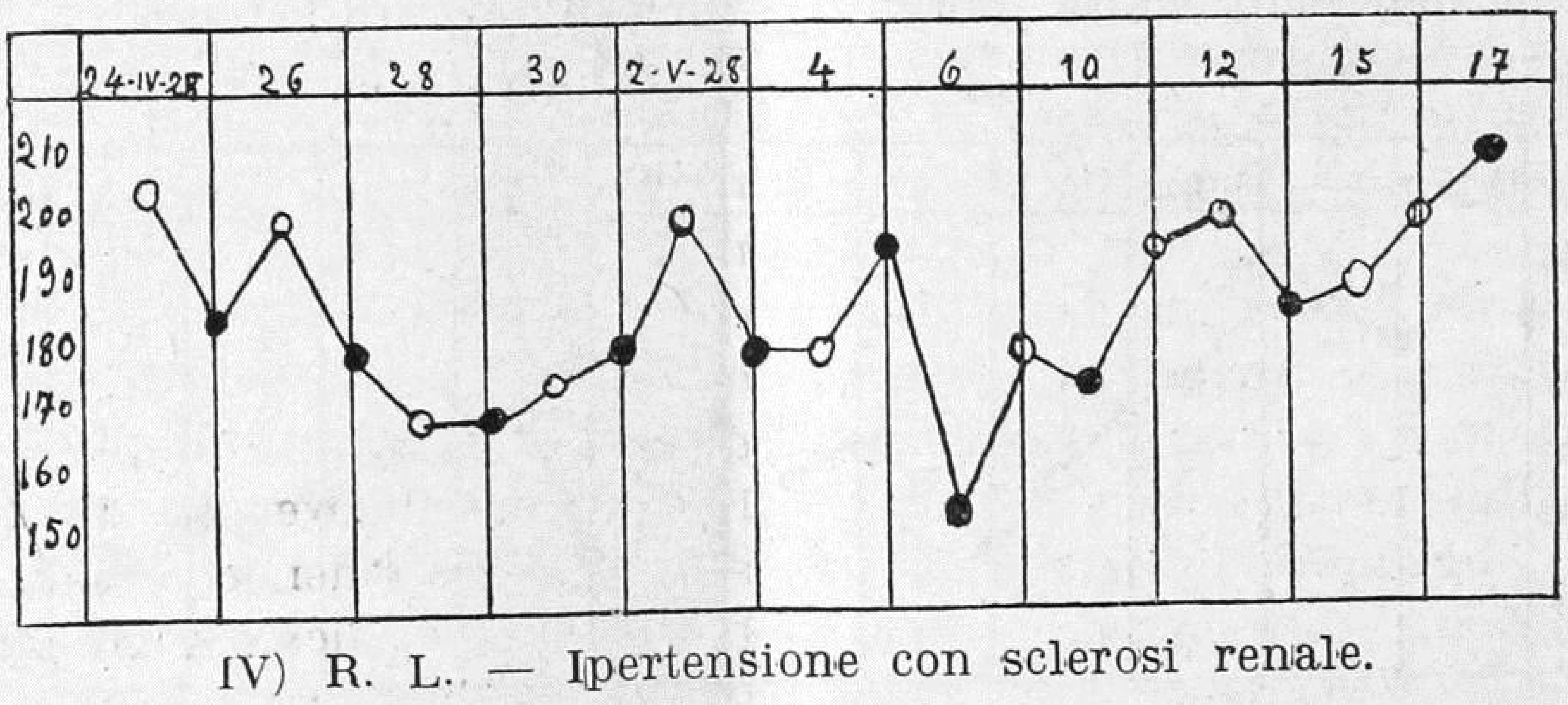
(1) Nel costruire le curve, noi abbiamo necessariamente tenuto conto soltanto della pressione sistolica. Ma in ogni nostra osservazione, accanto alla pressione massima, determinata col Riva-Rocci, abbiamo sempre ricercato anche la minima col metodo ascoltatorio del Korotkow, e abbiamo veduto che in genere il rapporto sistolo-diastolico si è mantenuto buono nei nostri soggetti, e che alle variazioni della Mx hanno fatto riscontro oscillazioni meno ampie, ma proporzionalmente adeguate della Mn.

ria, iniziale, e quella terminale, delle differenze in meno di 35, 45 e 75 mmHg., accompagnate anche a non trascurabili miglioramenti nella sintomatologia subbiettiva ed obbiettiva.

Ma nemmeno qui si può parlare di risultati stabili e definitivi, perchè rivedendo i nostri pazienti (I e II) dopo qualche mese, abbiamo potuto accertare che la loro pressione arteriosa si era riportata al livello originario abituale; e ciò nonostante che nel caso II (ipertensione con R. W. intensamente positiva) terminato il trattamento con le iniezioni di acqua bidistillata si fosse istituita una cura specifica a base di preparati di bismuto ed arseno benzolo.



III) M. B. — Ipertensione in pletorico.



IV) R. L. — Ipertensione con sclerosi renale.
(I punti contrassegnati con O corrispondono alle iniezioni).

Nel caso III invece, la pressione si mantiene tuttora più bassa di quanto non fosse all'inizio della cura; ma ne vedremo più avanti la ragione.

E veniamo a dire dei risultati immediati e transitori, sotto la quale denominazione noi intendiamo di indicare gli effetti che si verificano subito dopo l'iniezione e che hanno una durata breve, da qualche ora a qualche giorno al massimo.

In questo campo abbiamo raccolto maggior messe di osservazioni positive.

Non è raro, infatti, constatare come l'iniezione endovenosa di acqua bidistillata od ipoglucosata, sia seguita da una depressione sfigmo-manometrica, molto variabile, a dire il vero, per intensità e per durata, da caso a caso. Si tratta, talvolta, di lievi abbassamenti che non oltrepassano i 10-15 mmHg., che si verificano in generale nelle prime due ore e che difficilmente si mantengono fino al giorno successivo, in cui riesaminando la pressione, si trova che le cose son tornate al punto di partenza.

Ma astraendo da queste piccole variazioni che non hanno alcuna importanza, e che si riscontrano anche in soggetti non trattati, noi abbiamo notato in non pochi casi delle oscillazioni più ampie, come quelle che illustra il tratto di curva qui riportato, riguardante un soggetto nel quale dopo le temporanee oscillazioni, la tensione vascolare si restituì alla sua altezza abituale.

Diagrammi di simil genere abbiamo ottenuto non raramente nel corso delle nostre esperienze; valga per tutti questo a dimostrazione del nostro asserto. Aggiungeremo che i casi che si sono lasciati influenzare in questa maniera limitata e transitoria, si riferiscono a 6 ipertensioni genuine, 2 reni grinzi, 1 ipertensione con R. W. positiva, 1 cardio-renale, e cioè la metà dei soggetti presi in esame.

Nell'altra metà i risultati, anche immediati e temporanei, furono praticamente nulli.

Quali conclusioni si possono ricavare da questi dati?

Evidentemente se il giudizio si rivolge ai risultati complessivi e definitivi raggiunti, dobbiamo dire che la pressione vascolare patologicamente

aumentata non subisce, per opera dei medicamenti che noi le abbiamo contrapposto delle variazioni durevolmente e stabilmente accertabili.

Del resto questa è la conclusione cui si perviene al proposito di pressochè tutti i mezzi (e non son pochi) sperimentati e proposti per la cura dell'ipertensione.

L'ipertensione vascolare, sia primitiva, essenziale, sia secondaria a una lesione renale, quando è giunta al suo stadio permanente, si lascia ben difficilmente influenzare dai medicamenti. Si può anzi dire di più, che per sè stessa *deve* essere rispettata, esprimendo un adattamento dell'organismo a delle cause molteplici che agiscono sopra il sistema circolatorio portando ad una stabile elevazione del tono delle arterie.

Il problema terapeutico non consiste, dunque, nel raggiungimento del fine illusorio e spesso anche pericoloso, dannoso, di abbassare la pressione a qualunque costo; ma deve mirare a scopi più razionali, cercando, se possibile, di lottare contro la causa dell'ipertensione, di mantenere l'equilibrio cardio-circolatorio, di evitare ulteriori aumenti della pressione, e sopratutto gli improvvisi sbalzi che sono responsabili dei più temibili accidenti.

Contro queste crisi acute di super-pressione che possono occorrere in soggetti già permanentemente ipertesi, ma che si presentano anche quali episodi vaso spastici transitori nei periodi prodromici e precoci dell'affezione, la terapia può essere tentata con qualche successo.

Di uso antichissimo in tali circostanze è il salasso, che mantiene ancor oggi il suo valore poichè oltre ad una deplezione fugace del sistema cardio vascolare, provoca delle modificazioni siero-ematologiche che si ripercuotono favorevolmente sulle condizioni del circolo sanguigno.

Ma il salasso, assieme ai benefici che può apportare, non è scevro di inconvenienti che, come tutti sanno, ne rendono poco pratica e poco opportuna l'applicazione ripetuta e prolungata, quale sarebbe richiesta in certi casi.

Onde i tentativi di sostituirlo con altri mezzi incruenti e del pari efficaci.

Tra questi ha goduto fama un tempo il cosidetto « salasso bianco », la somministrazione cioè di purganti salini a scopo derivativo intestinale e depletivo del circolo sanguigno.

In realtà noi sappiamo oggi che fra la soluzione salina somministrata e il siero del sangue non avviene, attraverso alla parete dell'intestino, un vero scambio di liquido nel senso osmotico; e se nondimeno una certa riduzione della massa sanguigna circolante si verifica, ciò è dovuto al fatto che il purgante pur non sottraendo al sangue nulla della sua parte acquosa, viene a privarlo (mediante il rapido svuotamento del contenuto intestinale) di quell'apporto d'acqua che normalmente dovrebbe pervenirgli per assorbimento dalla mucosa del tenue.

Cogli stessi intenti, ma seguendo altre vie Wollheim e Brandt propongono ora di sostituire al salasso l'iniezione endovenosa di acqua bidistillata.

L'analogia di effetti fra le due operazioni, in apparenza tra loro così diverse, è dimostrata da una serie di precise e rigorose ricerche sperimentali (vedi *Deutsche Med. Woch.* e *Zeitschr. f. inn. Mediz.*, aprile-luglio 1927).

In entrambi i casi, come abbiamo già accennato, ha luogo una temporanea riduzione della massa di sangue circolante, con diminuzione quantitativa dei globuli rossi, dell'emoglobina, e dell'albumina del siero, che appare invece più ricco in cloruro sodico; mentre a queste modificazioni si accompagna talvolta nei soggetti ipertesi anche una diminuzione della pressione vasale.

Stando così le cose, ne consegue che il nuovo metodo proposto dagli AA. tedeschi, dovrebbe trovare le sue principali applicazioni pratiche sopratutto in quei disturbi circolatori suscettibili di essere influenzati dal salasso.

E di ciò la nostra casistica ci fornisce un esempio abbastanza dimostrativo.

Ci riferiamo al diagramma n. III, riguardante un ammalato ricoverato d'urgenza nella nostra sezione in preda a fatti di iperemia cerebrale. Al suo ingresso la pressione sistolica era di 245 mmHg. (diastolica 125 mmHg.) ed il suo stato minaccioso e grave per gli imponenti fenomeni che dominavano il quadro morboso (perdita di coscienza, convulsioni, vomiti, febbre). Senza indugio noi abbiamo praticato in questo soggetto le iniezioni endovenose di acqua bidistillata (2 al giorno) escludendo il salasso, il sanguisugio, le ventose scarificate e gli altri presidii terapeutici che sogliono apprestarsi in questi casi.

Nelle prime ore la pressione si mantenne immutata, anzi accennò ad elevarsi a 250 mmHg. Ma poi, nella giornata successiva si verificò un deciso abbassamento sino a 195 mmHg. (diastolica 110), e d'allora in poi, attraverso a delle lievi oscillazioni, discese gradatamente a 170 mmHg. e a questo livello si è mantenuta fino al termine del trattamento e persiste tuttora.

Contemporaneamente all'abbassarsi della pressione le condizioni del malato subirono un evidente e rapido miglioramento, tanto che dopo 12 giorni dall'inizio della cura, egli era in grado di alzarsi da letto.

Questo caso, per quanto isolato, è di notevole interesse perchè può prestarsi alla dimostrazione di ciò che dicevamo più sopra.

Con tutta probabilità (secondo la nostra interpretazione) i disturbi circolatori si presentarono all'occasione di una crisi acuta di ipertensione

sopraggiunta in un soggetto pletorico e a pressione vascolare già mediocremente elevata. Il « salasso incruento » che noi abbiamo prontamente praticato e ripetuto, deve avere favorito la regolarizzazione del circolo di modo che la pressione, dopo lo sbalzo improvviso, ha potuto gradatamente riportarsi al livello cui si trovava prima della crisi.

Abbiamo in corso altri esperimenti ed osservazioni in questo campo che noi crediamo il più opportuno per l'applicazione del metodo in parola, e ne riferiremo a suo tempo.

Quanto all'azione esercitata dalle iniezioni di acqua bidistillata nei casi di ipertensione permanente, essa è tutt'altro che costante, come abbiamo veduto, e limitata (quando si verifica) a più o meno netti, ma sempre transitori abbassamenti della pressione.

Del resto non bisogna chiedere a un metodo più di quanto esso può dare.

Richiamiamo ancor qui il principio su cui si basa ed il probabile meccanismo attraverso al quale esso esplica la sua azione.

L'iniezione endovenosa di piccole quantità di acqua bidistillata, come è stato dimostrato sperimentalmente da Wollheim e Brandt, porta nell'uomo, anche normale, ad un complesso di modificazioni siero-ematologiche, tra cui una transitoria diminuzione della massa di sangue circolante. Ciò avviene per una probabile influenza che l'acqua distillata esercita sul ricambio idrico degli endoteli capillari, con conseguente stasi e quindi temporanea sottrazione di una certa quantità di liquido plasmatico dalla circolazione generale.

Di fronte a questa fugace diminuzione della quantità di sangue nel torrente circolatorio, la pressione tenderebbe ad abbassarsi nei soggetti ipertesi (a voler essere più precisi: in alcuni ipertesi), mentre resta invariata nei normali. Per qual ragione?

Un'ipotesi attendibile è che venga a mancare nei primi, dato lo stato di ipertonia e rigidità delle loro pareti arteriose, la possibilità di una contrazione vasale compensatrice, come avviene nei normali, onde il relativo e temporaneo abbassamento del tono, apprezzabile allo sfigmo-manometro. D'altra parte una dilatazione dei vasi (dilatazione vasale paradossa degli ipertesi) potrebbe portare a dei risultati ipotensivi equivalenti.

Qui siamo naturalmente nel campo delle ipotesi che, per quanto ingegnose e verosimili e suffragate dalle recenti conoscenze che abbiamo sulla fisiopatologia del sistema capillare, sfuggono ancora ad una sicura dimostrazione e controllo.

Ma anche ammesso che sia vero tutto ciò, è evidente che si tratta sempre di effetti di breve durata, che non possono (anche se si rinnovano per il ripetersi delle iniezioni) portare ad un sostanziale e stabile mutamento nelle condizioni che determinano l'ipertensione vascolare.

Con queste limitazioni e riserve il metodo ha diritto di venir preso in considerazione e di essere ulteriormente sottoposto al vaglio dell'esperienza, avendo possibilità di applicazioni sopratutto nei parossismi ipertensivi dei pletorici, nelle crisi acute vaso-spastiche degli ipertesi, più che nell'ipertensione cronica, stabilizzata, permanente, ove del resto può esercitare sempre una benefica azione moderatrice e regolatrice del circolo sanguigno; ma forse ancora, all'infuori del campo dell'ipertensione, esso può trovare altre indicazioni ed applicazioni cliniche, alla stessa guisa del salasso, di cui rappresenta in ultima analisi un comodo, incruento e in molti casi preferibile surrogato.

Faenza, settembre 1928.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

R. CLINICA CHIRURGICA DELL'UNIVERSITÀ DI SASSARI.

Strozzamento erniario retrocecale in individuo già operato per invaginazione procidente del retto.

Prof. L. DOMINICI, direttore.

P. G., di anni 30, contadino, da Bolotana.

Entra in Clinica il 26 febbraio 1927 con un prolasso di terzo grado. (invaginazione procidente del retto) iniziatosi circa otto anni prima e per il quale aveva già subìto un anno prima un'operazione nella regione anale (termocauterizzazioni?) senza nessun risultato.

Il 23 marzo 1927 praticai in rachianestesia la resezione del prolasso con « plicatio » della parete anteriore del retto e miorrafia dell'elevatore.

Il 9 aprile 1927 egualmente in rachianestesia praticai attraverso ad una laparotomia obliqua nel quadrante inferiore sinistro dell'addome: 1) la obliterazione del Douglas, che era molto più profondo del normale, con due linee di sutura previa cruentazione delle due superfici peritoneali; 2) la pessia della parte più bassa dell'ansa sigmoide alla parete addominale anteriore dopo averne resecato il peritoneo per il tratto corrispondente alla pessia in modo da fissare la parete anteriore del sigma direttamente al piano muscolare: la fissazione fu fatta mediante due serie di punti staccati passati ai lati della tenia anteriore; cinque punti mediali e quattro laterali distanti l'uno dall'altro circa un centimetro.

In undecima giornata dopo il 2° intervento si produsse un piccolo ascesso in corrispondenza della cicatrice laparotomica contenente del pus di odore fecaloide e che fu inciso.

Il 9 maggio, un mese dopo il 2° intervento, l'infermo era completamente guarito.

Il 17 maggio, quando era già alzato da parecchi giorni e stava per uscire dalla Clinica, fu improvvisamente colpito da dolori addominali e dopo qualche ora da vomito prima alimentare, poi biliare, poi nerastro, singhiozzo, meteorismo addominale, chiusura dell'alvo, polso che salì rapidamente a 110 con temperatura massima di 37.2.

Era un quadro netto di occlusione intestinale acuta. Pensai che la causa potesse risiedere in corrispondenza della sigmoidopessia; soltanto il sintomo di von Wahl evidente nelle prime ore localizzato nettamente nella fossa ileo-cecale, mi fece un poco rimanere in dubbio sopra questa interpretazione diagnostica della sede dell'occlusione.

Dopo circa 12 ore aggravandosi i sintomi decisi di intervenire.

In rachianestesia praticai la laparotomia mediana sottombellicale: le anse del tenue erano fortemente dilatate e congeste; il cieco ed il colon ascendente erano invece di colorito normale; ricercai allora la causa dello strozzamento esaminando il tenue dal suo sbocco nel cieco e procedendo verso l'alto e la trovai in un'ansa distante circa 30-35 cm. da questo sbocco penetrata e strozzata in un orifizio del peritoneo parietale posteriore nella regione ileo-cecale. Estrassi l'ansa strozzata che presentava un evidente segno di strozzamento anulare in corrispondenza dell'ansa afferente: coi soliti mezzi essa riacquistò quasi completamente l'aspetto di un'ansa normale.

Per procedere ad una cura radicale ricercai l'orificio peritoneale causa dello strozzamento: sollevando in alto e all'esterno il cieco che era molto mobile e spostando verso la linea mediana le anse del tenue vidi sul peritoneo parietale posteriore all'esterno dell'arteria iliaca un anello quasi completo della grandezza circa di una moneta da due soldi moderni, con margini rilevati ed ispessiti, e dalla quale fuoriesciva scarso liquido sieroematico evidentemente dovuto allo strozzamento.

Rimettendo il cieco in posto l'anello veniva a trovarsi presso a poco dietro all'inserzione dell'appendice sul cieco. Prosciugai la piccola cavità e con due punti di catgut chiusi l'anello. Il sigma era fortemente aderente alla parete addominale anteriore. Dopo questo intervento il decorso fu normale e l'infermo lasciò la Clinica il 16 giugno guarito. Oggi, a più di un anno di distanza, la guarigione del prolasso si mantiene completa.

Questo caso mi sembra importante sotto diversi punti di vista. Prima di tutto per la varietà rara di strozzamento interno che fu riscontrata.

L'anello, causa dello strozzamento, non era, come si potrebbe forse pensare, una formazione accidentale dovuta alla chiusura del Douglas praticata nel 2° intervento, perchè si trovava nella regione ileocecale, molto più in alto ed assolutamente indipendente dalla sutura dei due foglietti peritoneali del Douglas. Data la sua sede, deve essere interpretato come una fossettà pericecale e più esattamente una fossetta retrocecale.

Il Santorini aveva già descritto nel 1775 (*Tabulae system decem*, Santorini, Parma, Girards, 1775) una fossetta retrocecale e la plica che la delimitava. Ma esse passarono inosservate fino al 1844 quando Hulschke (*Sommerings Eingeweidelehre*, p. 197 e 198) descrisse nuovamente due fossette intorno al cieco e alla sua appendice. Ma anche esse restarono lungo tempo sconosciute tanto che Rieux a proposito dell'ernia sottocecale che egli descrisse parla di una saccoccia anormale del peritoneo.

Luschka più tardi (*Virchow's Archiv*, Bd. 21, 1861) descrisse due fossette: di queste una situata fra l'appendice e l'ileo e che egli chiamò fossetta o recesso ileo-cecale, corrisponde ad una delle due descritte da Hulschke; l'altra è una piccola fenditura limitata da una piccola plica che circonda il contorno laterale dell'estremità del tenue e si perde in alto nel mesentere e passa in basso nel rivestimento del cieco.

Waldeyer in uno studio di insieme (*Hernia retroperitonealis nebst Bemer pungen zur Anatomie des Peritoneums*. Breslau, 1868, F. w. Jmyfers Buckdruckerei) descrisse quattro fossette intorno al cieco e le chiamò: 1) fossa ileo-caecalis superior; 2) fossa ileo-caecalis inferior; 3) fossa caecalis; 4) fossa subcaecalis. Treitz Hartmann (*Die Bauchfelltaschen in der Unagebund des Blinddarms*. Inaugural Dissertation zur Erlangung der Doctor würde Tubingen, 1870, DRUCK von H. LAUPP) descrisse una 5ª fossetta che chiamò fossa ileo-caecalis infima ma che probabilmente corrisponde alla ileo-caecalis inferior di Waldeyer.

Treves (*The anatomy of the intestinal canal and Peritoneum in man*, Huscherrais lectures, London, 1885) e Tuffier (*Etude sur le caecum et ses hernies*, Archives générales de médecine, giugno 1887) descrivono le due fossette ileo-cecali superiore ed inferiore: quanto alle altre le considerano come incostanti e mai tanto sviluppate da avere importanza patologica.

Jonnesco (*Hernies internes rétro-peritoneales*, Paris, Steincheil, 1890) distingue intorno al cieco tre fossette peritoneali che chiama: 1) fossetta ileo-cecale; 2) fossetta ileo-appendicolare; 3) fossetta retrocecale che può essere semplice o doppia (interna ed esterna).

Anche gli autori di Trattati relativamente più recenti di anatomia umana, come Romiti, Testut e Jacob, Merkel ecc., non sono concordi nella descrizione delle fossette peritoneali pericecali e soprattutto sulla loro denominazione.

Ma in conclusione si possono distinguere quattro fossette pericecali, due costanti e due incostanti.

Le due costanti sono:

1) La fossetta ileo-cecale superiore di Valdeyer, Romiti, Treves, Tuffier o fossetta cecale superiore di Testut e Jacob o fossetta di Luschka,

o fossa preiliaca, o fossa ileo-colica di Lochvood, posta nell'angolo ileo-cecale superiore e limitata dalla plica ileo-caecalis che contiene l'arteria ileo-cecale anteriore.

2) La fossetta ileo-cecale inferiore di Valdeyer, Romiti, Treves, Tuffier, o fossetta cecale inferiore di Testut e Jacob o fossetta ileo-appendicolare di Jonnesco, piccola ma profonda, posta sotto alla precedente, fra la terminazione dell'ileo e la base dell'appendice, e delimitata in alto e in avanti da una plica peritoneale che contiene vasi senza importanza.

Le due fossette incostanti sono:

1) La fossetta cecale di Valdeyer, retrocecale di Tarenetrky, posta dietro il cieco ed il colon e che si vede bene sollevando il cieco.

2) La fossetta iliaco-subfascialis di Biesadecki che quando esiste è per lo più appena accennata rarissimamente ben sviluppata.

Le ernie delle fossette pericecali sono molto rare, per quanto almeno si può desumere dai casi che sono stati descritti.

Le ernie della fossetta ileo-cecale superiore sono negate da quasi tutti gli autori. Ma Adams e Cassidy (*Acute Abdominal Diseases*, Londra, Baillière, Tindall and Cox, 1913) hanno descritto un caso di ernia che essi definiscono pericecale in un uomo di 52 anni che si era presentato all'Ospedale con i sintomi di un'occlusione intestinale iniziatasi cinque giorni prima e nel quale all'operazione fu trovata un'ansa dell'ileo strozzata in una fossetta retroperitoneale sul margine mediano del cieco che essi chiamano fossetta ileocolica la quale corrisponde alla ileo-cecale superiore. L'ansa strozzata fu estratta e l'addome chiuso: senza obliterare l'orificio della fossetta Il malato guarì rapidamente.

Stoian, Teodorescu e Florescu (*Revista Sanitara Militara*, vol. 24, n. 10, anno 1925) hanno operato un altro caso di strozzamento del tenue in una fossetta ileo-cecale anteriore che non definiscono più esattamente e che potrebbe anche essere l'inferiore, complicata da una torsione di 180° del tenue intorno al mesentere: il malato morì durante l'intervento.

Anche Cascino alla 32ª adunanza della Società Italiana di Chirurgia (Roma, 24-27 ottobre 1925) comunicò un caso di strozzamento erniaico in una fossetta cecale che non precisa bene: estrasse l'ansa e chiuse l'orificio; il malato guarì.

Rarissime sono anche le ernie della fossetta ileo-cecale inferiore. Secondo Jonnesco apparterrebbe a tale specie il caso che Snow pubblicò sotto il nome di ernia strozzata in un orifizio del mesentere (*Lond. Med. Gaz.*, 1846) e secondo König i casi di Duchaussoy (*Anat. Pathol. des étranglements internes*, Paris, 1860). Poi altri casi furono descritti da Nasse, da Riese, da Preindlsberger (*Wiener klin. Wochenschrift*, 1909, n. 7). Meno rare, ma anche esse tuttaltro che frequenti, sono le ernie delle fossette retrocecali.

Jonnesco comprende in questo gruppo il caso che Fages comunicò alla Società di Medicina di Parigi nella seduta del 27 Termidoro anno VII, ed uno dei casi pubblicati da Wagner nel 1833 (*Mediz. Jahrbücher des K. K. Osterreichischen Staates*, vol. IV, Vienna, 1833).

Vi appartengono certamente i tre casi descritti da Rieux (*Thèse de Doctorat*, 20 giugno 1853) così esattamente che questa varietà di ernia è chiamata anche ernia di Rieux, e quelli di Parise (*Mémoires de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 1851, vol. II, p. 399); di Josse (citato da Fancon: *Arch. génér de Médecine*, 6ª serie, v. 21, 1873); di Eregel (*Wiener Mediz. Wochenschrift*, 186, n. 36; di Klebs (*Handbuch der patholog. anatomie*, vol. I, 1869); di Moxon (citato da Pye Smith: *A Guy's hospital Reports*. Third Series, vol. XVI); di Furst (*Nordiskt med. Arkiv.* B. Sextonde, H. Tredje, 1884) e secondo Donati (*Chirurgia dell'addome*, Torino) i casi di Aschoff, Neumann, Funkenstein, Stewart.

Il caso che io ho operato appartiene certamente al gruppo delle ernie retrocecali, come risulta evidentemente dalla sede dell'orifizio strozzante che osservai all'atto operativo e che ho sopra descritto: è uno dei pochi casi operati oltrechè colla riduzione dello strozzamento anche con la cura radicale della chiusura dell'orifizio della fossetta e guariti.

*
* *

Ritengo questo caso importante oltre che per la rarità dell'ernia interna anche per il rapporto che può esistere fra le due malattie: ernia della fossetta retrocecale ed invaginazione procidente del retto.

Infatti se le due fossette ileo-cecali, come ho sopra detto, sono costanti e formate da pliche peritoneali che portano i vasi all'intestino, quelle retrocecali sono incostanti e si formano durante la progressiva fissazione del mesocolon il quale non aderisce subito in tutta la sua ampiezza al foglietto parietale del peritoneo, ma l'adesione dapprima si fa solo lateralmente per cui fra le superfici peritoneali prospicienti può rimanere uno spazio.

D'altra parte, come si sa, oggi per spiegare la patogenesi dell'invaginazione procidente del retto si ritiene che oltre alla deficienza dei mezzi di sostegno e di fissazione del retto sia necessario anche un anormale sviluppo del cul di sacco del Douglas, più basso del normale, in modo che la pressione addominale attraverso ad esso deprima la parete anteriore del retto la quale tende a trascinar seco le pareti laterali: in tal modo si

produce l'invaginazione. Affinchè poi questa diventi procidente è necessario che lo permetta un deficiente sviluppo dell'elevatore dell'ano.

L'anormale esagerato sviluppo del Douglas, causa prima dell'invaginazione procidente del retto, è anch'esso dovuto come la formazione della fossetta retrocecale ad un insufficiente o mancante saldamento dei due foglietti peritoneali. Nel feto il cul di sacco del Douglas scende fino all'elevatore dell'ano, ma poi per saldamento dei due foglietti peritoneali che lo delimitano risale nell'uomo fino a 5-7 cm. dall'ano, fino alla base cioè delle vescichette seminali, e nelle donne fino a 5-6 cm.

Cosicchè la causa prima delle due malattie per le quali ho dovuto operare il P. G. è identica: anomalie di saldamento di foglietti peritoneali.

*
* *

Infine mi sembra che il caso in parola meriti una certa importanza anche perchè dimostra quali buoni e duraturi risultati si possono ottenere nella cura del prolasso rettale di 3° grado associando alla resezione del prolasso non solo la miorrafia dell'elevatore colla « plicatio » della parete intestinale, ma anche la sigmoidopessia e soprattutto la chiusura del Douglas.

POLICLINICO G. B. MORGAGNI - II REP. CHIRURGIA.
Consulente generale: prof. ROBERTO ALESSANDRI.

Occlusione intestinale da diverticolo di Meckel in sacco di ernia inguinale obliqua esterna destra (ernia strozzata).

Dott. UGO BANI.

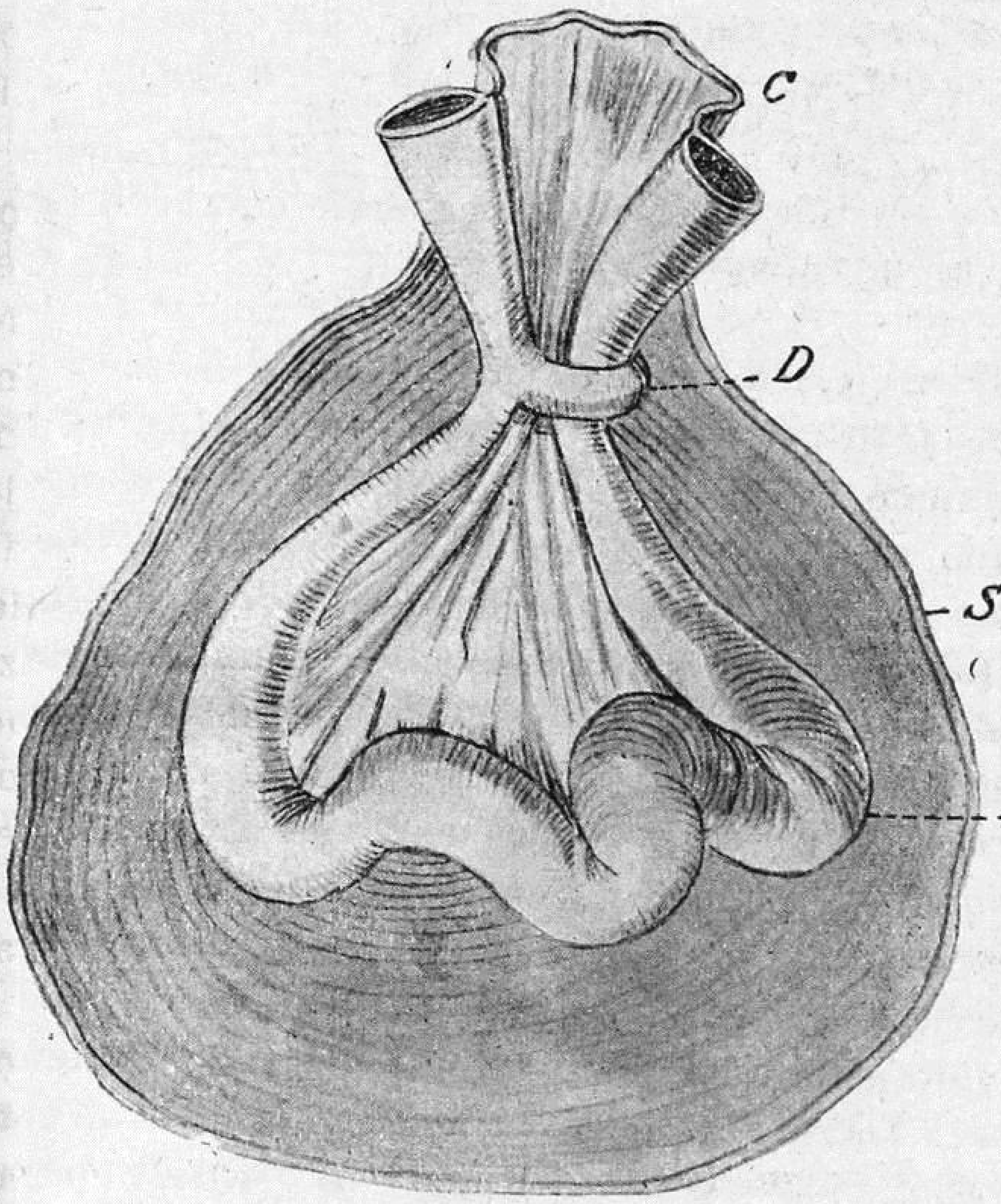
È nota come entità patologica l'ernia del diverticolo di Meckel (ernia di Littre) e molteplici sono le osservazioni di accidenti erniari di esso in tutte le sedi. Il diverticolo di Meckel infatti nei rispetti della patologia si comporta esattamente come qualunque altro tratto del tenue cui si impianta.

Sono noti inoltre numerosissimi casi di occlusione intestinale da diverticolo, diverticolo che, fisso o libero nella cavità addominale, agisce come briglia, come cingolo, o comunque, secondo le svariate modalità di agente ostruente. La particolarità del caso che riferisco sta nel fatto che il diverticolo di Meckel, erniatosi insieme all'ansa del tenue su cui s'impiantava, perfettamente libero nel sacco erniario, ma teso da gas e liquidi, ha costituito come una sbarra fissa, sulla quale si è strozzata l'ansa col meccanismo dell'inginocchiamento. Ed ecco il caso:

A S., di anni 32, operaio. Il paziente da vari anni (dieci-dodici) ha un'ernia inguinale destra obliqua esterna; tale ernia, dapprima piccola e facilmente riducibile e contenibile, si è da circa un anno fatta più grande e del tutto irriducibile. Ha qualche volta avuto in quest'ultimo periodo qualche crisi dolorifica di lieve entità.

La sera del 21 gennaio ultimo scorso dopo un pasto abbondante l'ernia è divenuta improvvisamente tesa e dolentissima: il paziente ha avuto vomito insistente per tutta la notte, con dolori irradiantisi poi a tutto l'addome, alvo completamente chiuso alle feci e ai gas. Un clistere praticato con eccessiva generosità è rimasto senza effetto alcuno, apportando invece senso di malessere ancor maggiore. Al mattino il paziente si decide a venire in Clinica dove io posso osservarlo.

Egli si presenta in stato di agitazione notevole; ha volto pallidissimo con occhiaie infossate e tratti del volto stirati, ha ancora senso di nausea continuo e di tanto in tanto vomita liquame



A, Ansa strozzata; C, Colletto del sacco; D, Diverticolo di Meckel; S, Sacco dell'ernia.

misto a bile. Ha polso piccolo e frequente (120), la cute fredda, coperta di sudore. L'addome mantenuto immobile durante gli atti respiratori è meteorico e dolente nei quadranti inferiori. Nella regione inguinale di destra notasi una tumefazione della grandezza del pugno di un adulto che si prolunga verso lo scroto. Tale tumefazione ha presso a poco la forma di una pera, la pelle su di essa è tesa ma spostabile, è dolentissima, vi si percepisce suono chiaro timpanico. Un modesto tentativo di riduzione risveglia vivo dolore e resta inane. Si passa subito all'atto operativo.

Anestesia locale novocainica (0.50 %) positiva.

Incisione per la erniotomia: aperto il canale inguinale completamente, si nota subito che lo strozzamento non si trova al livello dei due ori-

fici inguinali, questi larghissimi permettono al sacco col suo contenuto di spostarsi. Si pensa ad uno strozzamento sul colletto: isolato il sacco si apre; fuoriesce modica quantità di liquido siero-emorragico. Compare un'ansa del tenue distesa e cianotica che si lascia attirare fuori senza difficoltà. Si nota allora che (vedi figura semischematica) anche il colletto del sacco è largo ma, alla base dell'ansa, è teso come una sbarra un diverticolo di Meckel della lunghezza di 4 centimetri, sul quale l'ansa è piegata a gomito. Il diverticolo non è aderente al sacco, è ben nutrito, non presenta alterazioni di sorta, è solo fortemente disteso. L'ansa nel punto inginocchiato, e nel tratto afferente nell'immediata vicinanza del diverticolo, presenta un tratto ecchimotico che si prolunga sul meso; non ha però lesioni tali da giustificare una resezione. Per tale criterio, tolto con facilità l'inginocchiamento dell'ansa ed ovviato così all'occlusione, non si ritiene neppure di asportare il diverticolo, col quale necessariamente si dovrebbe resecare tutta l'ansa rendendo così grave una operazione relativamente semplice. Ridotto l'intestino, chiuso ed asportato il sacco, si esegue l'operazione radicale dell'ernia secondo Bassini.

Il decorso post-operatorio è dei più normali. Al dodicesimo giorno il paziente lascia il letto ed al quindicesimo la clinica.

Poche considerazioni su questo caso:

Si trattava come si vede di un'occlusione intestinale da diverticolo di Meckel di cui esistevano tutti i sintomi generali e i sintomi locali, data la sede dove tale occlusione era avvenuta (sacco erniario) portavano alla diagnosi di ernia strozzata nel senso più comune della parola. Portavano cioè a pensare a quella entità morbosa frequentissima in cui lo strozzamento del contenuto erniario è dato da ostacoli al livello degli anelli o del colletto o di strutture intrasacculari.

Impossibile la diagnosi differenziale in questi casi: tanto più che dopo qualche tempo alla occlusione dovuta al diverticolo di Meckel, per la distensione dell'ansa strozzata da esso, si associa irriducibilità della medesima perchè il colletto erniario o l'anello a loro volta offrono una stenosi relativa al ridursi del contenuto erniario: in altri termini quello che era occlusione semplice diventa occlusione più strozzamento erniario.

In un primo momento la diagnosi di occlusione in sacco erniario potrebbe forse farsi: ci potremmo trovare di fronte a pazienti che presentano tutti i segni di occlusione intestinale e una tumefazione erniaria dolente ma parzialmente o totalmente riducibile: in tali casi, ridotta la tumefazione erniaria non vengono meno i fenomeni generali e i sintomi intraerniari divengono intraaddominali: la sede dell'ansa occlusa prende il posto suo più abituale, la grande cavità addominale cioè, lasciando il diverticolo di essa, rappresentato dal sacco erniario. In tali casi è impossibile però pur sempre la diagnosi differenziale dalle riduzioni in massa di strozzamenti erniari e dagli strozzamenti retrogradi.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Contributo alla casistica dei tumori maligni.

Dott. ANGELO MARCHETTI.

Nel Comune di Fontanelice (Bologna), dove mi trovo dalla fine della guerra, sono alquanto frequenti i casi di tumori maligni e fra questi particolarmente il cancro dello stomaco. Essi colpiscono con maggiore frequenza persone avanzate coll'età, gli uomini a preferenza delle donne nella proporzione di 8-10 casi all'anno su un totale di poco oltre i 3000 abitanti. L'anno scorso però ebbi l'occasione di osservare un caso per me nuovo, trattandosi di un carcinoma gastrico a rapidissimo sviluppo in una donna di non ancora 24 anni che qui passo a descrivere sommariamente.

Certa T. B. venne una mattina al mio ambulatorio accusando debolezza generale, inappetenza e dimagramento notevole. Non presentava nulla di speciale dal lato anamnestico e aveva un bambino di 10 mesi che essa stessa allattava sano e ben sviluppato. All'esame obbiettivo non riscontrai nulla di notevole, però consigliai il divezzamento del bambino, prescrissi una cura ricostituente e invitai la donna a farsi rivedere dopo una settimana. Mi aveva colpito l'aspetto della malata e quella magrezza esagerata per quanto obbiettivamente, come ho detto, non avessi trovato nulla. Dopo pochi giorni infatti la donna ritornò da me e questa volta mi disse di avere, specie dopo i pasti, male allo stomaco. Sull'epigastrio, data la sottigliezza delle pareti, questa volta riuscii a palpare un piccolo nodulo grosso quanto un pisello che mi fece subito pensare a un tumore dello stomaco. E questo perchè mi sovvenne di aver visto, quando ancora ero assistente all'ospedale di Imola, un giovane di 28 anni circa morire per carcinoma gastrico. Consigliai allora alla donna l'esame radiologico che fu fatto di lì a qualche giorno a Imola e che mise maggiormente in evidenza il nodulo suddetto ma, data l'età della malata, lasciò nel dubbio se fosse un vero tumore o piuttosto un processo di perigastrite da ulcera pregressa. Perdurando però i disturbi la donna fu inviata alla clinica chirurgica di Bologna ove, dopo gli opportuni esami, fu operata, ma senza alcun beneficio. Il tumore purtroppo esisteva e per quanto il tempo trascorso dall'inizio fosse breve (neppure un mese) era già inoperabile. Dopo una quindicina di giorni la donna fu inviata a casa propria ove io la trovai in condizioni pietose. Vomiti frequentissimi e dolori atroci tormentavano la povera malata, cui non

recava sollievo neppure la morfina a dosi generose. Poco più di un mese dopo essa moriva mentre il tumore dello stomaco aveva invaso tutti gli organi addominali e in modo tale che era sufficiente il solo sguardo per convincersene.

Il caso descritto a me è sembrato degno di ricordo, non fosse altro per la casistica in quanto ha colpito una donna ancora troppo giovane e perchè ha avuto uno sviluppo così rapido.

Fontanelice, gennaio 1928.

SUNTI E RASSEGNE.

NEUROLOGIA.

I disturbi nervosi del reumatismo vertebrale cronico.

(SÉCRÉTAN. *Schweizerische medizinische Wochenschrift*, 1928, n. 34 e 35).

L'affezione che va sotto il nome di reumatismo cronico è costituita essenzialmente da un doppio processo di osteoporosi e proliferazione ossea e sinoviale con inspessimento, calcificazione o ossificazione delle capsule e dei legamenti articolari. In considerazione sopra tutto della simmetria bilaterale delle lesioni si è ritenuto che il reumatismo cronico dipenda da un perturbamento nervoso, ma sta di fatto che fino ad ora non si è riscontrato nel midollo o in altre sezioni del sistema nervoso alcuna alterazione che giustifichi sì fatta conclusione.

Nel reumatismo vertebrale si determina un restringimento della parte media dei corpi vertebrali con ingrandimento delle parti prossime ai dischi, per modo che le vertebre assumono il caratteristico aspetto dei dischi del giuoco del diabolo o del becco del papagallo.

Oltre a queste alterazioni che si mettono bene in evidenza con l'esame radiologico, vi sono lesioni congestizie che sfuggono a tale esame e che pure hanno notevole importanza in quanto possono esercitare una compressione sui funicoli dei nervi rachidei o sulle meningi. A differenza delle lesioni ossee che progrediscono lentamente ed una volta determinatesi non regrediscono, le dette lesioni congestizie possono alternativamente scomparire o aggravarsi.

Il reumatismo vertebrale si distingue nettamente dalla spondilosi rizomelica di Bechterew, che s'inizia nella regione cervicale e provoca dolori irradiati a cintura, nonchè dalla spondilosi rizomelica di Pierre Marie, che s'inizia nella colonna lombare e nelle articolazioni coxo-femorali che non provoca sintomi radicolari e deforma notevolmente l'individuo, facendo assumere al corpo la forma a Z.

Il reumatismo vertebrale è spesso accompagnato da funiculiti, la cui sintomatologia varia in rapporto alle modificazioni della compressione esercitata sui cordoni sierosi della neoformazione ossea o delle lesioni congestizie.

Le funiculiti sono frequentemente accompagnate da una lieve albuminosi del liquido cefalorachidiano senza ipertensione.

Quando i tronchi nervosi sono lesi al disopra dei plessi si verificano, anche nell'assenza di segni vertebrali, disordini sensitivi nel campo di distribuzione dello sciatico (sciatica), del femoro-cutaneo (nevralgia parestesica) o del crurale (nevralgia del crurale).

Le funiculiti cervicali provocano superiormente sindromi analoghe alla sciatica funicolare.

Il reumatismo cronico della sezione lombare è il più frequente e può sussistere anche con la perfetta integrità delle altre sezioni della colonna vertebrale. S'inizia per lo più con crisi dolorose nel campo di distribuzione di uno o di ambedue gli sciatici, provoca rapidamente incurvamento del corpo con accentuazione della lordosi lombare e riduzione dei movimenti del tronco in tutti i sensi. L'esame radiologico mette in evidenza la caratteristica lesione a diabolo o a becco di pappagallo a carico dei corpi vertebrali, ma può risultare anche del tutto negativo. Spesso, come si è potuto verificare alla laminectomia, si determina ipertrofia del tessuto epidurale. Talvolta le lesioni reumatiche si diffondono alle meningi e provocano sindromi analoghe a quelle dei neoplasmi del midollo o alle sclerosi midollari primitive.

Dal punto di vista della diagnosi differenziale è da tener presente che sindromi dolorose analoghe a quelle provocate dal reumatismo lombare cronico possono essere date dall'artrite sacro-iliaca cronica e dall'ossificazione del ligamento ileo-lombare, dall'artrite deformante dell'anca, nonchè da affezioni degli organi genito-urinari dell'uomo e della donna, e specialmente della perinefrite e della calcolosi renale.

Le conoscenze sul reumatismo cronico della sezione dorsale della colonna vertebrale sono meno avanzate in relazione alle difficoltà di avere reperti radiologici chiari. Uno dei segni più interessanti di questa localizzazione è costituito dalla riduzione dell'espansione toracica in espirazione a differenza di quanto avviene nell'asma nella quale la stessa riduzione si ha in inspirazione.

Nella localizzazione cervicale si hanno egualmente d'origine funicolare con contratture spiccate. In questa forma la confusione con il morbo di Pott è facile. Le compressioni radicolari possono provocare disturbi pupillari e sopra tutto miosi per imitazione del simpatico. Il reumatismo vertebrale cronico a localizzazione cervicale in un caso ha provocato una sindrome nervosa analoga alla sclerosi laterale amiotrofica ad inizio scapolo-omerale.

I sintomi e segni più importanti del reumatismo vertebrale cronico sono tre: dolori, contratture ed anchilosi. Questi fatti sono più o meno accentuati ed evidenti a seconda la localizzazione, la intensità e la diffusione del processo.

A questi fatti fondamentali se ne aggiungono altri, sopra tutto di origine nervosa, che dànno all'affezione particolari caratteri in ciascun caso.

Il decorso è vario. Nelle forme gravi si può determinare la fusione di parecchie vertebre, mentre non sono rari i casi nei quali il processo morboso subisce una regressione cui corrisponde il miglioramento di tutta la fenomenologia subiettiva ed obbiettiva.

Il trattamento medico è quello del reumatismo cronico con altre localizzazioni. Vantaggi sensibili dànno la diatermia e sopra tutto la radioterapia. L'intervento chirurgico si può rendere indispensabile per allargare qualche foro di coniugazione.

Oltre che con le affezioni di cui si è già fatto cenno il reumatismo vertebrale cronico può confondersi con la sifilide meningo-midollare, con la pseudo-tabe spondilosica di Babinski, con il cancro vertebrale e sopra tutto con il morbo di Pott. È pertanto necessario in ogni caso procedere all'esame sistematico neurologico, radiologico e sierologico.

È a tener presente che la sifilide determina quasi sempre modificazioni del liquido cefalo-rachidiano, che nel morbo di Pott le lesioni vertebrali all'esame radiologico si riscontrano ben differenti da quelle caratteristiche del reumatismo cronico. Il referto radiologico negativo parla quasi sempre in favore di un'affezione midollare o radicolare. Il decorso irregolare, la molteplicità delle lesioni e l'integrità dei dischi intervertebrali parlano in favore del reumatismo. Per la diagnosi differenziale delle lesioni dei fasci piramidali e dei cordoni posteriori gioverà l'esame accurato dei riflessi e della sensibilità obbiettiva. La diagnosi differenziale con i tumori midollari è facile, solo in quelli iuxtamidollari è possibile l'errore in quanto questa affezione può coesistere con l'artrite vertebrale.

DR.

Calcificazione e ossificazione muscolare distrofica (Miosite ossificante neurotica) e metastasi calcaree dei reni dopo lesione trasversa del midollo spinale.

(MEYER. *Bruns' Beiträge*, vol. 138, pag. 233).

Della miosite ossificante si distingue una forma traumatica e una non traumatica. L'etiologia della prima è rappresentata da un trauma che colpisca in modo ottuso il muscolo e l'osso e che determina nel muscolo uno schiacciamento, una lacerazione e un ematoma e che di solito schiaccia anche il periostio che viene stracciato e i cui frammenti vengono trascinati nel muscolo leso. La ossificazione ossea che si verifica nel muscolo dopo alcune settimane proviene dal periostio strappato e dagli elementi connettivali del muscolo leso. In alcuni casi bisogna invocare anche un fattore infettivo o chimico per spiegare p. es. le ossificazioni nelle ferite laparotomiche dove pare predomini l'azione di liquidi acidi come il succo gastrico, l'orina.

Nella forma non traumatica si distinguono due forme e cioè una « forma neurotica » (Myositis ossificans neurotica circumscripta) in cui si hanno ossificazioni nei tendini e nella capsula articolare di arti paralizzati da una lesione del sistema nervoso e una forma generalizzata (Myositis ossificans multiplex progressiva).

La prima forma è stata riscontrata in diverse malattie del sistema nervoso. Cellier p. es. in 160 paraplegici ha trovato 79 volte questa forma che egli chiama paraosteoartropatia. Le ossificazioni patologiche si trovano nei muscoli della coscia e quasi sempre sono multiple. Radiograficamente si constata la presenza di ossificazioni multiple con integrità dello scheletro e decalcificazione notevole degli estremi articolari. Anat. pat. le ossificazioni sono indipendenti dell'osso, di solito in rapporto con il periostio molto ispessito. Le ossificazioni insorgono precocemente dopo il trauma e in pochi mesi raggiungono le dimensini definitive. Si verificano in quei casi in cui la lesione del midollo non interessa i centri che stanno sotto al punto leso, pare che abbia grande importanza l'integrità dei fasci simpatici intermedio-laterali. In questi casi si osserva la presenza di movimenti automatici degli arti, automatismo della vescica, erezione, iperidrosi nelle zone anestetiche e riflessi pilo-motori vivaci nelle parti paralizzate. Secondo Cellier le ossificazioni sarebbero in rapporto a fattori dipendenti dalla lesione delle vie simpatiche e cioè all'edema, alla congestione per paralisi dei vasi e alle alterazioni del connettivo.

L'A. crede che si possa interpretare anche in modo differente la genesi delle ossificazioni e precisamente con un disturbo del ricambio del calcio.

Calcificazioni anomale possono verificarsi 1) per alterazioni locali dei tessuti: forma distrofica della calcificazione; 2) nei tessuti sani per alterazione del ricambio del calcio: questa alterazione del ricambio spiega la metastasi calcarea che si verifica quando vi è distruzione estesa di tessuto osseo e la gotta calcare, malattia costituzionale. Tra le due forme non vi è una netta distinzione.

Si può ammettere così che le ossificazioni si verifichino a causa di una estesa decalcificazione delle ossa dei paraplegici; il calcio per via linfatica arriva in alcuni organi (polmoni, mucosa gastrica, reni) dove si deposita e dove forma le così dette metastasi calcaree. La sede prevalente di questi depositi nei muscoli delle estremità paralizzate si spiegherebbe con la stasi linfatica di linfa ricca di calcio e con lesioni parcellari dei muscoli; la miosite ossificante avrebbe così una doppia origine, cioè un'alterazione del ricambio e la forma distrofica della calcificazione.

In un caso osservato dall'A. di interruzione completa del midollo all'altezza della XI vertebra dorsale oltre alla miosite ossificante osservò la comparsa di grossi calcoli nelle due pelvi renali, e ne spiega la presenza con una alterazione della funzione renale determinata da una pielonefrite, alterazione che crede dimostrata dall'aumento del contenuto in calcio del sangue.

VALDONI.

CHIRURGIA.

L'anestesia generale con cloruro di etile.

(CAILLAUD. *La Presse médic.*, dicembre 1928).

Il cloruro di etile, pur essendo relativamente poco tossico, eliminandosi completamente in quindici minuti, presenta degli inconvenienti, che si possono del tutto sopprimere se si osservano i seguenti accorgimenti: fare una miscela dell'anestesico con l'aria — dosarne il consumo in maniera positiva e sicura — non oltrepassarne mai certe dosi.

La necessità di mescolare il cloruro d'etile all'aria s'impone in tutte le narcosi, sia di lunga che di breve durata, poichè occorre dare all'ammalato aria non confinata, ma rinnovata ad ogni inspirazione.

Circa il dosaggio, se ne comprende l'importanza specie per le narcosi di lunga durata.

La terza regola da osservare nell'anestesia prolungata è di non oltrepassare una dose continua di un cmc. al minuto onde evitare contratture o arresto di respiro.

Tali condizioni si possono realizzare con l'apparecchio ideato e perfezionato dall'A. durante dieci anni di pratica.

L'apparecchio si compone di una *camera di evaporazione*, che è un cilindro di vetro, in cui si versa l'anestetico mediante un tubo che pesca in una vaschetta posta nel pavimento della camera.

La camera d'evaporazione è unita per mezzo di un tubo metallico ad una vescica di caoutchouc — che permette di osservare il ritmo respiratorio — e quindi alla maschera. La piattaforma presenta *una presa d'aria a valvola*, che permette l'ingresso dell'aria nell'interno della c. e. ad ogni inspirazione, impedendo l'uscita del gas ad ogni espirazione. Con tale dispositivo l'ammalato può respirare aria rinnovata. La piattaforma della c. e. poggia su un piano metallico costituito da un recipiente cavo riempito di acetato sodico, che serve da riscaldamento a temperatura costante. Tale recipiente, prima della narcosi, viene posto nell'acqua bollente per venti minuti (in modo da far fondere l'acetato) e poi collocato sotto la c. e. L'acetato solidificandosi sviluppa, durante tutto il tempo necessario alla sua cristallizzazione, un calore costante (per 4 ore circa), che trasmette al cloruro d'etile. I vapori dell'anestetico così formati vanno alla maschera in cui si mescolano all'aria, grazie ad un'apertura regolabile.

In tal modo si ottiene un dosaggio semplice e regolare.

Il metodo è stato applicato in più di 3.000 casi di narcosi di lunga durata, per interventi su tutti gli organi e tutte le regioni, e in parecchie centinaia di breve durata. Nessun decesso. Le anestesie si fanno rapidamente e facilmente.

Ottimi sono i risultati post-operatori: mai shock, mai vomito, azione nulla sul fegato e sui reni, possibilità di far subito bere i malati. Le complicazioni polmonari sono rare e poco gravi. Il cloruro d'etile rappresenta pertanto l'anestetico di scelta per gli ammalati esauriti e per l'età e per la malattia. I vecchi prostatici infatti o gli *scheletri viventi* per occlusione del piloro sopportano facilmente questa narcosi, la quale è anche indicata specialmente nelle operazioni ostetriche.

C. GIACOBBE.

La narcosi al protossido d'azoto in chirurgia.

(SCHMIDT. *Arch. Klin. Chir.*, vol. 151, fasc. 1, pag. 119, 1928).

L'esperienza dell'A. con questo tipo di anestesia si fonda su 3000 casi. La difficoltà di procurarsi il gas per i chirurgi tedeschi è stata superata facendo impiantare in Germania una fabbrica ad hoc, l'A. ha fatto costruire anche un apparecchio a basso costo. L'articolo è destinato a persuadere i chirurgi ad adottare questo tipo

di anestesia e vi è descritta ampiamente la tecnica con tutt'i dettagli.

La narcosi riesce nel 30 % dei casi, in tutti gli altri è necessario di aggiungere un altro anestetico in piccola quantità. Consiglia l'uso dell'etere, non dell'anestesia locale. Per ottenere la narcosi è inutile l'impiego dell'iperpressione, così è meglio anche far riassorbire l'anidride carbonica emessa per non affaticare il paziente costringendolo a una respirazione profonda. È opportuno anche di non arrivare alla cianosi ma di aggiungere costantemente, meno che all'inizio, dell'ossigeno nella quantità del 15 % circa. La somministrazione di CO_2 è utile alla fine della narcosi perchè provocando una respirazione profonda fa risvegliare subito il malato.

Il gas è inodoro, non esplode. La narcosi non lascia nessuna conseguenza subbiettiva e obbiettiva, appena cessa la somministrazione del gas il malato ritorna a condizioni normali. Mancano complicazioni polmonari e lesioni anche minime degli organi interni riferibili alla narcosi.

(Tranne che per il pericolo dell'esplosione e l'odore, nel resto l'etilene è superiore al protossido d'azoto che ha sostituito quasi dappertutto, specie in America. In Italia, il prof. Alessandri, Clinico Chirurgo di Roma, l'unico che adoperi i gas nell'anestesia, dà la preferenza all'etilene. *N. del R.*).

VALDONI.

Influenza dell'anestesia rachidea sui movimenti intestinali (nella occlusione intestinale in particolare).

(LEVEUF J. *La Presse Méd.*, n. 65, 15 agosto 1928, p. 1028).

L'azione della rachianestesia nell'occlusione intestinale fu definita da Duval « straordinariamente paradossale ».

Di solito i chirurgi apprezzano i movimenti dell'intestino tanto con la peristalsi intestinale con addome aperto, quanto con evacuazioni.

Nel corso di operazioni addominali ordinarie non si osservano movimenti intestinali purchè l'intestino fu vuotato con il purgante preoperatorio e per il riflesso d'arresto sulle anse intestinali, dovuto al contatto con l'aria. Con l'anestesia generale l'evacuazione è rara anche se il forte tasso in CO^2 nel sangue circolante eccita la peristalsi.

Invero nel corso di rachianestesia l'evacuazione diarroica è osservata correntemente. Il fenomeno si può meglio studiare nei casi di occlusione intestinale osservando la peristalsi intestinale.

Oltre che in altre osservazioni l'A. l'ha potuto studiare in due casi di occlusione intestinale.

1) Donna vecchia con occlusione intestinale da ernia crurale d. Dopo qualche minuto dalla rachianestesia osservò vivacissimi movimenti peristaltici a carico dell'intestino.

2) Donna di 25 a., nella quale si ebbe occlusione intestinale da compressione su di un'ansa del tenue in seguito a tamponamento del piccolo bacino, praticato dopo annessectomia da annessite acuta. In rachianestesia, dopo la liberazione dell'ansa e la spremitura del contenuto intestinale a monte, l'A. osservò vivacissimi movimenti intestinali, con rapidissima espulsione attraverso il cieco e colon di materiale diarroico.

Si può perciò essere autorizzati a concludere:

1) Che sotto l'azione di un'anestesia rachidea la peristalsi intestinale debole è vigorosamente rinforzata;

2) In certi casi di occlusione intestinale la peristalsi non compare che quando i liquidi ristagnanti giungono nell'intestino sottostante all'ostacolo;

3) Che la rachianestesia sopprime il riflesso di arresto all'aria.

Quindi l'anestesia rachidea agisce sopprimendo i riflessi, che inibiscono i movimenti dell'intestino. Tale inibizione è dovuta all'azione del nervo splancnico, come si potè provare eccitandolo o sezionandolo. Infatti è esso che dà all'intestino i riflessi di arresto consecutivi ad irritazione meccanica (manipolazioni ecc.), chimica (contenuto gastrico versatosi nell'addome in seguito a perforazione da ulcera gastrica) o dolorosa (torsione del cordone spermatico, coliche nefritiche).

Nell'occlusione la distensione delle anse intestinali o l'eventuale presenza di retrazioni mesenteriche possono mascherare l'azione della rachianestesia sulla peristalsi intestinale, sopprimendola per le cennate condizioni anatomiche.

Quindi l'azione della rachianestesia si manifesta sempre a meno che non esistano tali condizioni anatomiche.

JURA.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

P. WALZEL, O. SCHUMACHER. *Die Technik der Eingriffe am Gallensystem.* Mit 108 zum grössten Teil farbigen Abbildungen. I. Springer, Wien, p. 240. RMark 36.

Gli AA. si sono diviso il còmpito: l'uno, il Walzel, ha trattato la parte chirurgica; l'altro, lo Schumacher, si è occupato della parte anatomo-topografica, che forma quasi un'appendice di circa 50 pagine, in fondo al volume. Il materiale di studio fu quello della Clinica del prof. Eiselsberg e quello dell'Ospedale Wilhelminen; ma l'A. dichiara d'aver attinto all'opera magistrale di Kehr e di aver consultati i lavori di Langenbuch, Kuester, Czerny, Riedel, Körte, Kocher, Witzel, Kümmel, Sprengel, ecc.

Dopo aver descritta la tecnica generale delle operazioni sulle vie biliari, parla dello strumentario, della preparazione del paziente, del numero e disposizione degli assistenti, dei loro còmpiti, della posizione migliore per l'operando, dell'accesso al campo operatorio.

L'anestesia nella Clinica di Eiselsberg viene quasi costantemente ottenuta con l'etero-narcosi, a goccia, preceduta (mezz'ora prima) da una iniezione di morfina (2 cgr.) e atropina (1 mmg.); ma l'A. ha anche provato, con ottimo risultato, l'iniezione *paravertebrale* di soluzione di novocaina o tutocaina, integrata dall'anestesia della parete addominale (50 o 60 cmc. di soluzione al 1/2 %). Tuttavia, malgrado le riserve di Hartmann, l'A. dà la preferenza alla narcosi generale eterica.

La tecnica operatoria è svolta in numerosi capitoli: dai tagli della parete più consigliabili, al miglior modo d'orientamento, nella profondità del campo operatorio; dai più sottili avvedimenti nella colecistectomia diretta e retrograda, alla estirpazione per idrope o per empiema della vescichetta biliare. La colecistostomia, la coledocotomia sopra e retroduodenale, la transduodenale, la questione del drenaggio, delle fistole biliari, ecc., sono trattate in modo completo ed esauriente, ma sopratutto inappuntabile.

Anche le complicazioni e gli incidenti operatorî sono minutamente discussi ed analizzati in appositi capitoli.

Chiude la parte chirurgica il trattamento postoperatorio di tali pazienti.

L'anatomia topografica dello Schumacher è breve, ma in compenso è precisa e prende di mira quanto è indispensabile per l'operatore, che vuole esser padrone del campo.

Ma quello che rende veramente prezioso questo volume sono le numerose figure, quasi tutte colorate, che accompagnano i diversi argomenti, illustrandoli nelle varie fasi operative.

La perfetta esecuzione artistica, la loro nitidezza, non possono abbastanza lodarsi.

Le notizie che diamo non sono che una semplice presentazione del bel volume, che ogni chirurgo operatore dovrebbe consultare.

T. FERRETTI.

M. ISELIN. *Plaies et Maladies infectueuses des Mains.* Masson ed. Paris, 1928. Frs. 30.

Ch. Lenormant, con la nota competenza, illustra in una bella prefazione, all'interessante volume, il valore e l'utilità di esso. Ognuno, lavoratore o no, per poco che abbia avuto una lesione, sia pure modesta, d'un dito, d'una mano, sa quale valore ha questo perfettissimo istrumento meccanico e per il presente incombente, e per l'avvenire prossimo e lontano.

La prevenzione delle lesioni di quest'organo, la cura immediata e consecutiva, dovrebbe essere argomento speciale di studio e di preoccupazione. Tuttavia basta avere una mediocre esperienza di quanto avviene ogni giorno, per vedere che ciò non è. È assai difficile che la banale lesione di una mano arrivi fino al grande chirurgo: sono generalmente i giovani principianti o presso a poco, che debbono mettere a dura prova la loro scarsa esperienza e la loro grande buona volontà. Qualche volta, purtroppo, i danni sono irreparabili. Ecco perchè questo libro aureo dell'Iselin dovrebbe essere sul tavolo di ogni sanitario: aiuterebbe ad orientarsi rapidamente chi non è chirurgo; guiderebbe chi lo è ad agire con precisione e con oculatezza.

E non è soltanto ai risultati apparentemente brillanti, immediati, che il curante deve badare, ma sopratutto egli deve preoccuparsi della funzione consecutiva, dell'adattamento lavorativo dell'organo: questo è l'argomento più importante, di capitale importanza! Sono ogni anno milioni e milioni di lire che il lavoro e l'industria bruciano sull'altare dell'invalidità permanente, più o meno grave.

Il libro dell'Iselin è diviso in tre parti: della prima sono argomento *le ferite delle dita, della palma e del dorso della mano, le recisioni dei tendini, i corpi estranei.*

Nella seconda parte sono trattate le *infezioni*: dal modesto patereccio ungueale al flemmone della mano. Di somma importanza pratica sono tutti i richiami anatomici che si riferiscono agli spazi cellulari delle dita, alle loro comunicazioni con la mano; alle guaine digitali ed alle relative comunicazioni con le grandi guaine carpiche. Queste notizie rendono chiaro il modo di diffusione dell'infezione ed indicano con precisione il campo d'azione pel chirurgo.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Nella terza parte si parla di tutti i mezzi atti a combattere i danni funzionali delle diverse lesioni sopra descritte. Apparecchi ortopedici semplici ed ingegnosi, fisioterapia, neuro e tenorrafia, autoplastiche ed innesti con la tecnica relativa vi sono trattati in modo succinto ed esauriente a un tempo.

Le ferite del pollice, la sua ricostituzione, le plastiche, la falangizzazione del 1° metacarpo e la pollicizzazione del 2° metacarpo, sono esposte in un capitolo a parte, che è l'ultimo del volume. Numerose ed opportune figure illustrano e chiariscono il testo.

T. FERRETTI.

HONIGMANN F. *Chirurgische Krankheiten des Kopfes, des Halses und der Brust.* II parte, pag. 158. Edit. T. Steinkopff, Dresda 1928. R. M. K. 10.

Questa seconda parte del manuale del Honigmann « Diagnostica differenziale pratica » riguarda le malattie chirurgiche della testa, collo e torace. Come il resto dell'opera, anche questa parte dimostra la completa esperienza pratica dell'A. che tratta in modo esauriente tutti i dati di diagnosi differenziale. Il libro rappresenta così una guida utile nei casi dubbi sia al medico pratico che al chirurgo che vuol ricordare brevemente cognizioni già acquisite.

L'indice è molto completo, bella la veste editoriale.

VALDONI.

PAUL GUIBAL. *Séméiologie Chirurgicale.* Maloine ed., Paris, 1929.

Con la pubblicazione di questo breve manuale la casa editrice Maloine di Parigi completa la collezione delle guide diagnostiche redatte sotto la direzione di Felix Coste, che s'intitolano « dal sintoma alla malattia ».

Senza dubbio anche questo manuale che si rivolge al medico pratico troverà la benevola e favorevole accoglienza degli altri volumi già usciti. Si tratta di una guida chirurgica semplice e per quanto possibile completa, che si basa su di una esatta valutazione delle esigenze pratiche, tralasciando di proposito tutte le lungaggini, sempre ingombranti e spesso dannose.

Lo stile benchè necessariamente conciso dà una esatta valutazione alla importanza della malattia e le assegna quel posto che le spetta, a traverso una accurata valutazione dei sintomi caratteristici.

Notevole la parte che tratta della grande importanza, specie per il chirurgo, della diagnosi d'urgenza, diagnosi che porta come benefico corollario la indicazione dell'immediato intervento. Questo concetto è ribadito abilmente con esempi e con brevi e dimostrative statistiche.

In complesso si tratta di un libro che se non colma alcuna lacuna può essere per il pratico di notevole utilità.

FILIPPA.

M. VIRENQUE. *Le sein.* Vol. in-8°, di pag. 75, con 14 fig. Parigi 1929. Edit. N. Maloine. Fr. 12.

Premesse le nozioni fondamentali della chirurgia estetica in generale, l'A. tratta dell'applicazione di questi principii alla chirurgia estetica del seno. La ptosi, l'ipertrofia, le deformazioni mammarie, possono richiedere un trattamento chirurgico correttivo dal triplice punto di vista estetico, igienico e sociale. Dopo una rapida rassegna dei metodi finora impiegati a tale scopo, l'A. espone il proprio che chiama « metodo di transposizione del capezzolo con incisione sottomammaria, modellamento e fissazione della ghiandola ». I principii fondamentali del metodo sono: il modellamento della ghiandola che viene eseguito per via sottocutanea, la fissazione al m. gran pettorale previo scollamento della borsa sottomammaria, la transposizione del capezzolo che viene a trovarsi sempre al centro della ghiandola. Il processo è minutamente descritto e illustrato da figure. Nella seconda parte del lavoro sono esposte le indicazioni e l'applicazione del metodo ai diversi casi di deformazioni mammarie. L'A. vanta al suo attivo più di 3000 casi operati con buoni risultati e seguiti da oltre 10 anni.

PACETTO.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

XXVII Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia.

Dal 19 al 22 dicembre 1928, ha avuto luogo in Roma il 27° Congresso di Ostetricia e Ginecologia. Il Presidente prof. PESTALOZZA, dopo aver ringraziato i numerosi intervenuti, lesse il discorso inaugurale su « La Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia e la politica demografica del Regime » nel quale ancora una volta egli si dimostrò il più efficace e il più sincero assertore del vasto programma di miglioramento e difesa della stirpe che nella mente del Duce deve contribuire potentemente alla grandezza del Paese.

Si passò quindi alla commemorazione dei soci defunti proff. MANGIAGALLI e COSTA, rievocati dai proff. ALFIERI, GAIFAMI e OLIVA.

Il prof. D'ORMEA diede lettura di una lucida relazione su quanto l'Opera nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia ha finora compiuto in favore della Maternità, lumeggiando sopratutto i propositi futuri.

La discussione fu animata ed è da augurarsi sia proficua di risultati.

All'ordine del giorno erano poste due relazioni ufficiali; dell'una e dell'altra riportiamo le interessanti conclusioni.

Lo stato attuale della radioterapia ginecologica.

Prof. MICHELE BOLAFFIO (Modena). — Le turbe mestruali, variamente classificate dai vari AA., vengono di solito scolasticamente divise in mestruazioni in eccesso, mestruazioni in difetto, mestruazioni dolorose. Ma tutte possono ancora dividersi in turbe su base anatomica e turbe funzionali, nel qual termine si riconosce spesso l'ignoranza della vera causa, ignoranza spesso mantenuta sotto il termine di turbe mestruali da disendocrinia.

Per la cura radiologica la distinzione delle turbe in eccesso, delle cosidette metropatie emorragiche, in anatomiche e funzionali è essenziale, ma si può dire che la radioterapia, più che giovarsi della distinzione, ha giovato alla distinzione, poichè le forme anatomiche non risentono benefizio che della cura radiante locale intensa col radio o della castrazione coi raggi X, mentre quelle funzionali sono beneficiate da una terapia blanda locale o a distanza, che fu chiamata « dosi deboli o eccitanti » e che meglio può chiamarsi regolarizzatrice. Spesso ove la diagnosi della forma è incerta occorre andare per tentativi, cominciando dalle piccole dosi. Per alcune forme più tipiche l'esperienza ha indicato delle forme di terapia oramai ben stabilite. Così se per la menorragia della pubertà lieve può bastare l'irradiazione blanda dell'ovaio con un terzo, una metà di D. O. o l'irradiazione della ipofisi o anche l'irradiazione della tiroide, della milza (che però in molti casi non sono efficaci e non si sa in quali), nella forma della metropatia emorragica di Schroeder, questa terapia non giova; mentre può giovare il raschiamento dell'endometrio iperplasico, o, molto bene, l'applicazione del radio nella cavità uterina in dose non sterilizzante (non oltre 500 mgh) o, in difetto, di radio, la castrazione temporanea che l'O. ha sperimentato più volte e che ritiene permessa, anzi doverosa in casi gravi. Nei casi di emorragie puberali trombopeniche la castrazione stessa è un palliativo, ma dà tempo di ricorrere alla splenectomia.

Nelle menorragie della menopausa e preclimateriche il problema è semplificato dall'età della paziente: indicata la castrazione che si ottiene definitiva con dosi notevolmente più basse di quelle necessarie per le persone giovani.

Nelle metrorragie postabortive la radioterapia non ha luogo di essere; la terapia è sempre il raschiamento.

Nelle metro- e menorragie da annessite e da deviazione uterina il dominio è nettamente della radioterapia con raggi X. Inefficaci le piccole dosi, efficace e sufficientemente indicata la castrazione temporanea.

Il dominio delle piccole dosi è finalmente dato dalle metrorragie a base nettamente endocrina, in generale con segni di disfunzione della tiroide o delle ipofisi o forse delle surrenali, ma soprattutto in quelle che si ritengono dovute a insufficienza ovarica. Queste proprio dalla radioterapia hanno avuto confermata la probabile origine comune colle turbe mestruali in difetto. Terapia uguale, eziologia simile.

Le turbe mestruali in difetto beneficiano della radioterapia a dosi cosidette eccitanti, ma in vario grado a seconda della forma della disovaria, della età della paziente, della durata dell'anomalia, della concomitanza di affezioni anatomiche, della base eziologica. I migliori risultati si hanno nelle alterazioni del ciclo anche se lentamente sono arrivate alla amenorrea, in donne giovani e se la amenorrea non dura da oltre tre anni. Le ipo- e le dismenorree, specialmente se con alterazioni anatomiche e più che tutto a substrato tubercolare, sono invece le peggio influenzate.

È discutibile se i risultati delle irradiazioni in questi casi siano dovuti a eccitamento diretto di funzioni cellulari o a soppressione di inibizioni sopratutto di follicoli insufficienti.

La questione della cura radiologica dei disturbi endocrini della donna si ricollega con quella dell'azione dei raggi X a distanza. Nessun dubbio che molte di simili influenze esistano, fra le più importanti l'effetto dell'irradiazione del gozzo esoftalmico sulla mestruazione e delle ovaia sul gozzo, dell'irradiazione delle ovaia nella clorosi, dell'ipofisi nell'ipermenorree e più che tutto nelle dismenorree, dell'ipofisi o dell'ovaio nei disturbi della menopausa.

Infine in questo capitolo rientra anche la cura del prurito genitale, che non beneficiato dai raggi nelle forme sintomatiche, lo è enormemente nelle forme essenziali per lo più della menopausa e probabilmente legate a disovarismo.

La cura radiologica della sterilità in parte si ricollega con quella dei fibromi, in parte con quella dell'amenorrea. Indubbiamente molte amenorroiche guarite restano gravide anche dopo moltissimi anni di sterilità.

Le preoccupazioni per la prole finora si sono dimostrate vane. Da alcuni si pretende che un effetto dannoso possa farsi sentire nella vita extrauterina e sopratutto nella procreazione e nelle generazioni future.

La terapia radiologica dei fibromiomi dell'utero, è tanto entrata nella pratica, che non è quasi possibile aggiungere cose che non siano note e riconosciute.

Le due teniche ormai usate di Röntgenterapia, quella di dosi frazionate in parecchie sedute usate specialmente da radiologi e quella in una sola seduta usata da molti ginecologi si equivalgono nei risultati. È dubbio se la prima riduca più presto il tumore; i fibromi si comportano in questo punto molto diversamente gli uni dagli altri. Ma se è desiderata una regolarizzazione delle mestruazioni, la prima tecnica consente di sospendere la cura ad effetto ottenuto; la seconda si propone e ottiene soltanto la castrazione completa più o meno definitiva. Non sembra dimostrata l'azione sulle fibrocellule muscolari; l'azione sul fibroma, appunto perchè ottenibile anche

con dosi moderate, si esercita forse solo attraverso modificazioni del circolo. La stessa castrazione agisce per il tramite di questo meccanismo.

L'irradiazione col radio, da introdursi sempre nella cavità è equipollente alla Röntgenterapia nei piccoli fibromi al fine di regolarizzare le perdite, non nei grandi fibromi e ai fini della castrazione. Ci sono controindicazioni assolute e relative. Fra le assolute: la calcificazione e la suppurazione del fibroma, la coesistenza di affezioni maligne dell'utero, la necessità di intervento per altra causa, la coesistenza di una gravidanza, la presenza di nodi sottosierosi peduncolati; assoluta per la cura coi raggi può anche considerarsi la presenza di fibromi sottomucosi che invece controindicano la cura col radio solo se voluminosi ed estrinsecantisi; contraria assolutamente alla cura col radio è invece la coesistenza di processi infiammatori degli annessi che invece indicano oggigiorno per sè soli la cura Röntgen. *Relativa* e solo per la cura fino a castrazione è l'età giovane della paziente, spesso anche l'età oltre la menopausa; in questi ultimi casi, in fibromi a rapido accrescimento devesi, se mai, darsi la doppia dose da castrazione o dose da sarcoma per il dubbio di questo neoplasma. Il volume del tumore non è controindicazione alla cura Röntgen, la presenza di nodi sottoperitoneali è, dato il maggior pericolo dell'operazione, una maggiore indicazione alla cura coi raggi.

L'utero irradiato non ammala più spesso di cancro di ogni altro utero.

Tutta la *terapia dei processi infiammatori* sia cronici che acuti è terapia a piccolissime dosi. Solo questa dà buoni risultati ed è innocua nelle affezioni tubercolari dell'utero, degli annessi e del peritoneo. Per queste forme vanno somministrate piccole dosi ripetute a distanza di giorni o di settimane, tanto più piccole quanto più fresco è il processo. I migliori risultati si ottengono nelle asciti tubercolari, ma anche le forme plastiche ne hanno spesso grande benefizio; meno le forme caseose.

Delle altre infiammazioni quelle meglio influenzate sono le acute settiche, specialmente le parametriti e pelviperitoniti puerperali, che cedono rapidamente ad una o due debolissime irradiazioni, tuttavia sia in queste, sia nelle mastiti vi sono casi refrattari. Le salpingiti come anche le vaginiti e cerviciti gonococciche sono poco influenzate, comunque meglio, almeno quanto ai fenomeni generali, nello stadio acuto che in quello cronico. La bartolinite è influenzata bene solo se determinata da infezione mista con piogeni. I condilomi acuminati regrediscono rapidamente con dosi medie. Nelle annessiti croniche il metodo di radioterapia più utile è quello della castrazione temporanea. Il riposo genitale che ne consegue sembra essere la causa determinante della maravigliosa scomparsa in poche settimane di voluminose piosalpingi.

La castrazione temporanea è oggi metodo abbastanza sicuro, benefico anche in altri campi specie a scopo di sterilizzazione temporanea tutte le volte che una gravidanza sia temporaneamente controindicata.

Invece l'aborto radiologico che si ottiene sicuramente solo con alte dosi di raggi, e perciò non senza pericolo di castrazione definitiva, è da rigettarsi ed è stato da tutti abbandonato.

Riguardo alla *terapia del cancro* vanno distinte le varie sedi. Il carcinoma della vulva, a prognosi infausta colla Röntgenterapia e poco brillante anche colla radiumpuntura, ha avuta migliorata la prognosi dalla associazione della cura chirurgica e di quella del radio. I migliori risultati sono stati ottenuti colla diatermocoagulazione del tumore e coll'irradiazione delle ghiandole, sia localmente sia a distanza con notevoli quantità di radio.

Per il carcinoma del corpo dell'utero le statistiche della cura col radio e della cura operatoria si equivalgono; per l'irradiazione è indicato solo il radio a introduzione intercavitaria; la dose da usarsi si aggira intorno ai 500 mgh.

Per quanto riguarda le indicazioni, la tecnica e i risultati della cura radiologica del cancro del collo dell'utero e della vagina, i risultati avuti nella Clinica di Roma hanno dimostrato l'efficacia per lo più transitoria dei raggi Röntgen, più efficace la cura col radio, più ancora la cura combinata radium-Röntgen. Ciò è in accordo con l'esperienza dei maggiori radiologi francesi e belgi e di quasi tutti i radiologi tedeschi; ma anche col solo radio sono stati ottenuti risultati eccellenti; i migliori sono quelli del Radiumhemmet di Stoccolma. Nelle migliori statistiche la guarigione oltre 5 anni del carcinoma del collo poco avanzato è quasi del 40 %, di quello affatto inoperabile ancor del 13-16 %. In media in tutti i casi del 20-22 %. Ma il benefizio non è tutto lì, è anche nei lunghi miglioramenti.

Quanto alla tecnica dell'irradiazione col radio in complesso nè la radiumchirurgia, nè la teleradiumterapia vengono molto usate. Quasi dovunque si irradia localmente col radio in dosi tra 4000 a 8000 mgh. applicate in vagina e utero con tempi e intervalli vari. Nè si può dire quali tempi ed intervalli siano da preferirsi.

Il criterio dell'indice cariocinetico come indice di malignità non ha corrisposto; tanto che sono sorti in America metodi ben più complicati che però non sembrano aver virtù di diffondersi. Per l'associazione coi raggi X, sembra essere indifferente la precedenza di questi sul radio e di questo su quelli. La cura Röntgen non deve essere troppo frazionata ma non deve nemmeno farsi in un tempo rapidissimo di ore o di due giorni che minacciano lo stato generale. Il tempo migliore sembra essere quello di 14 giorni. Impiegandone 4 o 5 per il radio, si può eseguire tutta la cura entro i 20 giorni, termine ottimo sec. Regaud.

L'irradiazione post-operatoria con dose piena e frazionata, è indicata in casi di operazione incompleta della cura col radio.

L'irradiazione pre-operativa è razionale nei casi operabili e nei casi al limite dell'operabilità, ma deve essere fatta con dosi basse, non più di 300

mgh. L'operazione dopo irradiazione intensa, quando specialmente un carcinoma inoperabile prima sia diventato operabile, lascia dubbiosi per la prognosi dubbia sia prossima che passata.

La radioterapia del cancro non è arrivata ad un punto morto. Anche se i miglioramenti sono ora più lenti essi esistono ancora e molto c'è da migliorare nella tecnica attuale senza modificarla. La diagnosi precoce, quando si farà sul serio per ottenerla, dovrebbe rendere possibile di salvare almeno la metà dei cancri dell'utero. Occorre non gridare al fiasco della radioterapia ma lavorare per questo risultato sicuramente raggiungibile, dal quale siamo ancora ben lontani.

Tubercolosi e gravidanza.

Prof. CARLO VERCESI (Sassari). — Le direttive della nostra condotta nei riguardi della gravidanza in tubercolose si possono così formulare in base allo studio clinico-statistico-sperimentale del problema:

1) La tubercolosi esercita sulla gravidanza, sul parto, sul puerperio un'influenza che non è trascurabile ma non è tale da imporre di per sè particolari e sistematiche limitazioni giuridiche, sociali, mediche, allo svolgersi della maternità: essa deve invece portarci alla intensificazione sempre maggiore delle provvidenze profilattiche terapeutiche suggerite dalla moderna attrezzatura per la lotta antitubercolare.

2) L'influenza dannosa della gravidanza sulla tubercolosi è ammissibile solo per determinate forme di tbc., prevalentemente in determinati periodi della maternità (parto, puerperio), per la concorrenza causale di condizioni sfavorevoli determinate di solito dall'irregolare andamento della gravidanza e da vari fattori individuali ed estrinseci, igienici economico-sociali.

3) I prodotti del concepimento di madri tbc. frequentemente portano con sè attributi di minore sviluppo e di minore efficienza organica, cui corrispondono la loro maggiore morbilità e la loro più alta mortalità nell'età infantile solo quando su essi svolga la sua deleteria influenza il contagio post-natale.

4) L'ereditarietà bacillare per via trans-placentare è possibile ma eccezionale; l'ereditarietà per via germinale, possibile teoricamente, non ha alcun significato pratico; l'ereditarietà per via trasplacentare da virus filtrabile non è dimostrata qualitativamente e quantitativamente con sufficiente larghezza di prove perchè si debba ad essa attribuire una reale influenza sul destino dei nati da tbc.

5) La tubercolosi è malattia guaribile quando le cure medicamentose, immunitarie, fisiche, climatiche e gli interventi speciali (dal pneumotorace alla frenicotomia a quelli più complessi della moderna chirurgia plomonare) siano tempestivamente e adeguatamente impiegati, integrandoli con le necessarie misure igieniche, economico-sociali. L'insieme dei mezzi antitubercolari — tra i quali il pneumotorace merita una particolare fiducia e la vaccino-terapia sembra degna di sempre più larga applicazione — può essere integralmente applicato nella gravida tubercolosa in modo da prevenire o infrenare durevolmente le eventuali sfavorevoli ripercussioni della gravidanza sulla malattia.

6) L'interruzione, così detta, terapeutica della gravidanza è da ritenersi solo raramente necessaria e non sempre è coronata dal successo sperato per la madre, mentre troppe volte, su infondate o dubbie premesse diagnostiche e prognostiche, trascura un prodotto che invece può essere reso nella maggioranza dei casi perfettamente atto alla vita sana, normale.

7) Nei casi eccezionali in cui pur troppo può essere necessaria, a tutela della vita materna sicuramente minacciata, la soppressione della gravidanza, la scelta del metodo — dalla interruzione semplice a quella integrata dalla sterilizzazione temporanea o permanente, eseguita chirurgicamente, con o senza sacrificio della funzionalità ovarica, oppure con la Radium-Röntgenterapia — è subordinata allo studio scrupoloso dei singoli casi, alla oculata valutazione della forma clinica, dell'individualità del soggetto, età, grado di parità, note costituzionali, condizioni famigliari e sociali. La sterilizzazione temporanea è suscettibile di molte critiche e il suo impiego non può che essere limitato: la soppressione della funzione ovarica nei processi di sterilizzazione permanente non sembra necessaria ed utile alla migliore evoluzione dei processi tubercolari.

La donna, dopo l'espletamento naturale o artificiale della sua maternità, non deve essere abbandonata ma periodicamente controllata e intensamente curata.

8) Le difficoltà diagnostiche e prognostiche richiedono sempre un congruo periodo di osservazione delle gravide tbc. e un razionale esperimento curativo: l'esatta valutazione dei casi e la terapia appropriata non sono possibili se non ricoverando sistematicamente le gravide tbc. in appositi reparti affiancati ad ogni istituto di maternità dove sia possibile l'efficace collaborazione dell'ostetrico e del medico internista e dove la soppressione della gravidanza non venga effettuata se non a ragion veduta dopo il constatato fallimento di tutti i mezzi curativi.

9) Il nato da madre tbc. deve essere immediatamente separato dalla madre e affidato possibilmente a nutrice sana rurale, o comunque allevato in ambienti adatti perchè possa usufruire di tutte le risorse protettive che la scienza suggerisce e la società deve sapergli fornire.

10) La vaccinazione profilattica estesa a tutti i neonati è in via di esperimento e merita di essere considerata con molta fiducia.

Anche di fronte al problema della tbc, in gravidanza il seguire un indirizzo eminentemente conservatore che, senza danneggiare direttamente la madre, assicuri la vita al massimo numero possibile di prodotti, risponde alla contingente necessità demografica che è elemento decisivo e specifico della forza presente e futura della Nazione.

A. P.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Le emorragie occulte nell'ulcera gastrica e duodenale.

Il valore clinico delle emorragie occulte del tubo digerente, osserva il Boas (*Medizinische Klinik*, 1928, n. 36), è tuttora in discussione.

Le cause di errore sono molteplici: emorragie fisiologiche, altre affezioni che non siano l'ulcera ed il cancro.

La reazione con la benzidina conserva tutto il suo valore per svelare la frequenza anche di piccole quantità di sangue. Solo nei casi nei quali la reazione positiva fa sorgere dei dubbi conviene controllarla con la reazione dell'idrato di cloralio e della tintura di guaiaco.

Dall'esperienza di venticinque anni durante i quali ha praticato costantemente le reazioni catalitiche in tutti i gastro-pazienti della sua clinica, il Boas ha tratto utili conclusioni circa il valore clinico delle piccole emorragie gastro-intestinali.

Le reazioni sono positive nella quasi totalità dei casi di ulcera gastrica o duodenale.

La reazione può essere tuttavia negativa in alcune forme di ulcera torpida o callosa.

L'esame radiologico consente di confermare l'esistenza della lesione che produce l'emorragia e la sua sede. Conviene tener presente però che tale esame può riuscire negativo in casi di ulcera in piena attività e sanguinante, e che viceversa può rimanere positivo anche quando l'ulcera è guarita. In quest'ultimo caso (assenza di emorragia e reperto radiologico positivo) la ripresa dei dolori può essere dovuta ad iperacidità, a pilorospasmo, a perigastrite, a periduodenite, ad un diverticolo o ad altra lesione lontana dallo stomaco e dal duodeno.

Così l'assenza dell'emorragia occulta acquista un valore semeiologico superiore a quello del reperto radiologico, in quanto fa escludere l'ipotesi della recídiva dell'ulcera fatta sorgere dal ritorno del dolore e dal risultato dell'esame radioscopico.

Snapper ha dimostrato che le comuni prove per la ricerca del sangue risultano negative con alcuni derivati dell'ematina e particolarmente con l'ematoporfirina. Quando quindi il sangue si è trasformato in questa sostanza le reazioni delle periossidasi danno esito negativo, e quindi fanno escludere la presenza di emorragie effettivamente esistenti.

Per eliminare tale inconveniente si completa l'indagine con la ricerca dell'ematoporfirina allo spettroscopio.

Questo perfezionamento ha fatto ancora aumentare la percentuale dei casi positivi, percentuale che aumenta ancora con la prova dell'emorragia provocata.

Questa prova si pratica facendo delle applicazioni calde sulla regione dolente. Si provoca così una congestione che determina o rende più abbondante l'emorragia.

È ovvio che con questi perfezionamenti dei metodi della ricerca del sangue e con queste pratiche che rendono più copiosa l'emorragia, una reazione negativa acquista un valore considerevole per escludere la diagnosi di ulcera o di cancro. Viceversa la reazione positiva depone generalmente per l'esistenza d'un'ulcera florida o d'un cancro ulcerato.

Resta confermato che l'ulcera provoca in genere emorragie transitorie ed il cancro emorragia continua.

Nella colelitiasi, nella colécistite, nell'appendicite, nella anemia perniciosa, nella cirrosi epatica, nelle affezioni valvolari in periodo di scompenso, le emorragie sono meno costanti, meno considerevoli e meno durature. L'esame clinico generale dà conto dell'origine di queste enterorragie.

Il comportamento delle emorragie occulte consente di seguire il processo di guarigione dell'ulcera gastrica o duodenale. Di solito con una adatta cura medica le emorragie scompaiono più o meno presto, di solito in dodici o quattordici giorni.

La persistenza dell'emorragia malgrado la cura medica non è sempre indice di degenerazione neoplastica come ritengono alcuni autori.

Nei casi di ulcere digiunali o di sospette recidive postoperatorie l'accertamento delle emorragie occulte può rendere utili servizi. In questi casi l'esame radioscopico non dà reperti conclusivi. Mentre la ricerca sistematica del sangue nelle feci, eventualmente con l'accennato metodo delle emorragie provocate, può chiarire la situazione.

Quando in questi casi mancano le emorragie il complesso sintomatico, che ha fatto sospettare la recidiva dell'ulcera gastrica o duodenale o l'ulcera digiunale, deve mettersi verisimilmente in rapporto con aderenze, con una perigastrite, con spasmi gastrici o con una semplice ipercloridria. Dr.

Valore semiologico del chimismo gastrico.

Milhaud e Lochon (*Journal de Med. de Lyon*, agosto, 1928) comunicano le loro osservazioni sul valore semiologico della presenza di succo gastrico a diguno. Su 86 malati osservati solo 20 presentavano achilia completa a digiuno. Su 7

casi nei quali il volume estratto sorpassava 100 cmc., 6 erano affetti da ulcera gastrica o duodenale. Gli AA. sono d'accordo con Ramond che la presenza nello stomaco a digiuno d'un liquido acido in quantità superiore a 100 cmc. sia assolutamente sintomatica di lesione organica. Se lo stomaco contiene a digiuno 30-80 cmc. di liquido, questo reperto avrà maggior valore quanto più elevata è l'acidità. Una quantità di 40-50 cmc. di succo gastrico con una acidità di HCl di 1 ‰ parla molto in favore di un'ulcera. Gli AA. parlano in seguito del valore delle prove per eccitare la secrezione gastrica giungendo alla conclusione che dopo una iniezione d'istamina, se si ha una secrezione abbondante (150-200 cmc.) ricca di HCl libero (3 ‰), questa parla in favore della diagnosi di ulcera. Se al contrario l'iniezione non è seguita da un'ipersecrezione e l'HCl libero è assente, si dovrà pensare ad un carcinoma.

Tutti questi risultati debbono essere confrontati coi risultati dell'esame clinico, radiologico ed emocoprologico. La prova del salicilato di peptone di Delort et Verpy ha pure dato dei risultati eccellenti: di 19 casi con diagnosi clinica di ulcera gastrica o duodenale, 17 davano dopo un pranzo di prova di Delort e Verpy una netta ipercloridria. Con la prova della caffeina (0,03-0,06) gli AA. hanno osservato su 16 casi 9 volte una cloridria superiore a 1,46 ‰: 8 volte si trattava di ulcere gastro-duodenali, con controllo operatorio in 6 di essi.

Gli AA. concludono che il chimismo gastrico occupa un posto importante nella semiologia gastrica. La diagnosi finale si baserà sull'interpretazione logica e prudente dell'insieme dei fatti così raccolti.

MOOR.

CASISTICA.

I "lacunari".

L'emiplegia dei vecchi proviene spesso, anzichè da emorragia o rammollimento, da un processo lacunare, cioè da un rammollimento microscopico, per alterazione vascolare.

È rara l'apoplessia, mentre è più frequente l'emiplegia. L'individuo perde conoscenza per qualche minuto o si accorge ad un tratto che gli arti di un lato si rifiutano di servirlo. In generale, l'emiplegia è incompleta ed i segni ne scompaiono in poche settimane, lasciando soltanto l'individuo un po' maldestro nei movimenti. Egli cammina a piccoli passi, col tronco piegato in avanti e gli arti inferiori leggermente flessi. Raramente, si ha deviazione permanente della lingua e della faccia ed emianestesia, più spesso una certa disartria, che rende la parola difficile ad essere compresa. I malati inghiottiscono con difficoltà, il che è un segno molto attenuato della paralisi pseudo-bulbare.

Le facoltà psichiche sono diminuite, l'emotività accresciuta, con pianto spasmodico; talora si hanno dei disturbi che vanno fino alla demenza. La malattia si manifesta oltre la sessantina. Ne sono caratteri essenziali la pluralità degli ictus, che si ripetono ad intervalli più o meno ravvicinati fino alla morte, la quale interviene di solito quattro anni dopo il primo, per cachessia progressiva, demenza, escare, indebolimento progressivo, talvolta emorragia cerebrale. La morte cardiaca o renale è eccezionale. Lo stato lacunare indica un'arteriosclerosi nettamente localizzata.

S. R. (*Journ. des praticiens*, 11 agosto 1928) ritiene molto utile in questi malati, l'applicazione del cauterio alla pasta di Vienna, preparata estemporaneamente con polvere di Vienna ed alcool a 90°. La si applica in corrispondenza della parte inferiore del deltoide sopra un quadrato di cerotto in cui è stata praticata un'apertura del diametro di un pezzo da due lire. La si mantiene per 20 minuti; l'escara prodottasi viene rammollita con compresse umide ricoperte da taffetà gommato e rinnovate 3-4 volte nelle 24 ore. Quando l'escara si distacca, medicazione, mattina e sera, con pomata epistastica. Si lascia suppurare l'escara per sei mesi circa. Sembra che tale medicazione ritardi la ricomparsa degli attacchi. Naturalmente non si farà nei diabetici.

fil.

Emorragia e rammollimento cerebrale.

G. Stiefler (*Wiener klin. Wochenschrift*, 41, 1928) rileva che l'emorragia cerebrale si osserva di solito in età avanzata, generalmente fra i 60 e i 70 anni, più frequentemente nel sesso maschile.

La causa principale è l'arteriosclerosi. Il rammollimento cerebrale, conseguenza dell'occlusione di un'arteria per malattia della parete vasale, trombosi locale od embolia, è di solito in rapporto con malattie del cuore, arteriosclerosi e lue dell'aorta, trombi venosi a forame ovale aperto. L'emorragia cerebrale avviene di solito negli emisferi, specialmente nel territorio di distribuzione dell'arteria silviana.

Le trombosi invece prediligono i grandi vasi della base del cervello. L'accesso apoplettico può comparire improvvisamente in piena salute apparente; spesso però esso è preceduto da sintomi dovuti all'esistente malattia vasale. Questi sintomi vengono interpretati spesso come nervoso-funzionali, risp. nevrastenici: sensazioni diverse nella testa, lieve assenza, stanchezza serotina, irritabilità, depressione, diminuzione della capacità di ricordare; spesso angiospasmo. Da-

vanti ad un accesso apoplettico si deve differenziare la condizione da altri stati morbosi simili: deliqui gravi (durata minore, pallore notevole, polso piccolissimo), accessi paralitici (reperti pupillari, ematici, del liquor, comportamento psichico, parola, ecc.), insulti apoplettici nella sclerosi multipla (nistagmo, assenza dei riflessi addominali, Babinsky bilaterale), stati comatosi nell'uremia (edemi, reperto urinario, retinite, sviluppo più lento), intossicazione da piombo (anamnesi, convulsioni, orlo gengivale), alcoolismo acuto e avvelenamenti da morfina, cocaina, veronal (pupille notevolmente strette), e infine stati isterici. Spesso difficile è la distinzione fra emorragia e rammollimento da trombosi o embolia: le emorragie sono molto più frequenti, rare prima dei 40 anni; l'embolia è frequente nei giovani, la trombosi nei vecchi tranne che nei casi di lues. L'inizio è improvviso nell'emorragia e nell'embolia, lento nella trombosi; lo shock è maggiore nella emorragia che nella trombosi e embolia. Nelle malattie del cuore si hanno più spesso l'embolia o la trombosi; più spesso emorragie nell'ipertrofia del cuore sinistro con nefrite, e nell'arteriosclerosi dei vasi periferici e nell'ipertonia. Nell'emorragia e nell'embolia possono mancare sintomi prodromici; essi esistono spesso nella trombosi. Nella emorragia lo shock e i fenomeni locali hanno una tendenza regressiva, nel rammollimento i sintomi a focolaio aumentano progressivamente e i sintomi generali si sviluppano tardivamente. In caso di emorragia cerebrale o meningea il siero di sangue presenta una colorazione giallastra fluorescente che si mantiene per 5-7 giorni. Nell'emorragia si ha nel 30 % dei casi la morte nelle prime 24 ore, nella trombosi nel 15 %, nell'embolia nel 7 1/2 %.

POLLITZER.

La degenerazione combinata subacuta del midollo e rapporti con l'anemia perniciosa.

L'associazione dell'anemia perniciosa con la degenerazione combinata subacuta del midollo fu descritta per la prima volta in Francia dal Dejerine. Hurst (*Annal. de Méd.*, n. 1, giugno 1928) ha voluto studiare i suoi rapporti con l'anemia perniciosa ponendosi da un punto di vista comune, e dimostrare così che i due processi dipendono dagli stessi fenomeni patologici fondamentali: infezione buccale, assenza di acido cloridrico libero nello stomaco, infezione ed intossicazione intestinale consecutive.

Negli ultimi anni i sintomi midollari nella anemia perniciosa si sono trovati tanto più frequenti, quanto più sistematicamente sono stati ricercati. Nella clinica di Mayo si trovarono nell'80 % dei casi. La stessa alta percentuale si ha negli studi dell'A. onde egli ritiene che la separazione delle due malattie sia assolutamente artificiale. Non vi sarebbe che una differenza di grado tra l'anemia con lesioni midollari, e la degenerazione combinata con lievi sintomi anemici. Tutto dipenderebbe dal fatto del predominio di una emolisina o di una neurotossina. L'A. a sostegno di queste sue vedute nota come l'acloridria assoluta si trovi oggi in quasi tutti i casi di anemia perniciosa, e ciò è ammesso quasi universalmente. Orbene l'acloridria assoluta è stata ugualmente trovata presente in tutti i casi di degenerazione combinata del midollo studiati da Hurst. Vanderhof l'ha ugualmente trovata in tutti i suoi casi e ugualmente Birley. L'A. conclude non potervi essere dubbio (!!) che l'assenza di acido cloridrico libero debba essere ritenuto un fattore importante se non essenziale, nella patogenesi delle lesioni midollari. L'acloridria è sempre totale, anzi col metodo del pasto di prova frazionato la percentuale di acloridria nei casi di cancro dello stomaco scese dall'80 al 59, ma nell'anemia perniciosa e nella degenerazione combinata subacuta del midollo salì al 100 %. L'A. propone perciò di utilizzare questo dato come criterio diagnostico: la presenza di acido cloridrico libero in una frazione qualunque di un pasto di prova è probabilmente un argomento definitivo contro la diagnosi di anemia e di degenerazione combinata.

La assenza di acido cloridrico nella secrezione gastrica sarebbe la causa predisponente essenziale di queste due forme morbose; poco importa quale sia la causa di questa acloridria.

Essa è dovuta il più spesso ad una achillia gastrica costituzionale; vera aberrazione di funzione, e non di struttura, perchè la mucosa è normale. Si manifesta già dall'infanzia ed è spesso famigliare. Anche la anemia perniciosa è stata da molti AA. notata in modo famigliare. Leipelt cita il caso di una madre e una figlia affetti da degenerazione combinata subacuta del midollo e quelli di un padre e figlio aventi la stessa malattia, mentre il nonno era morto per anemia perniciosa.

Secondo Draper i malati di anemia perniciosa hanno un torace corto, un angolo epigastrico largo, una faccia larga e degli occhi troppo scartati l'uno dall'altro; l'A. ha trovato gli stessi caratteri nei malati con degenerazione combinata del midollo.

In molti altri casi l'achillia sarebbe secondaria a varie cause. In assenza poi della barriera germicida che normalmente produce l'acido cloridrico libero del succo gastrico, una infezione buccale anche poco pronunciata diviene una sorgente pericolosa di intossicazione intestinale.

Tutti conoscono la glossite di Hunter descritta nella anemia perniciosa, ora questa sarebbe l'espressione di una infiammazione streptococcica (!!) cronica locale.

L'infezione intestinale porta poi alla produzione di emotossine e di una neurotossina.

Come misure profilattiche non appena si sarà scoperta acloridria, si deve somministrare acido cloridrico e rimuovere anche le minime infezioni dei denti, bocca e naso. Ricordandosi della natura famigliare della forma si dovrebbero anche esaminare i parenti prossimi e sottoporli alle stesse previggenze. Ogni glossite sospetta deve indurre all'esame del sangue e del contenuto gastrico.

Circa la cura l'A. non dice nulla di nuovo, è invece di interesse il concetto che secondo lui le remissioni frequentemente descritte in queste forme morbose sarebbero invece delle vere guarigioni, salvo che, persistendo le condizioni patogenetiche della prima caduta, questa si riprodurrebbe di bel nuovo. L. TONELLI.

L'ascesso intrarachidiano peridurale nella paraplegia degli urinari.

Avezzù (*Minerva Medica*, 1928, n. 20) ricorda che le paraplegie degli urinari sono state messe finora in relazione con una mielite, con una polineurite o con l'isterismo. Egli riferisce il caso di una donna nella quale la sindrome paraplegica non era in rapporto con nessuna delle tre condizioni accennate, ma con un ascesso intrarachidiano.

Questa donna fu ricoverata in Clinica per una affezione acuta, iniziatasi improvvisamente e decorsa nella prima settimana con le caratteristiche di una comune forma infettiva. Nel suo decorso a domicilio si ebbe: anoressia, subdelirio, dolori trafittivi e folgoranti agli arti inferiori cui seguirono disordini della motilità, paraplegia assoluta con perdita di feci, ritenzione dell'urina, meteorismo addominale.

All'esame si riscontrarono fatti che facevano propendere per la diagnosi di ascesso renale con perinefrite bilaterale.

All'esame neurologico si riscontrò: paralisi completa degli arti inferiori, con anestesia completa, abolizione dei riflessi tendinei e di difesa, alluci plantari.

L'inferma morì dopo 6 giorni di degenza.

L'autopsia confermò la diagnosi di ascessi renali bilaterali, e fece rilevare inoltre la presenza di una voluminosa raccolta purulenta epidurale estendentesi dalla sesta vertebra dorsale al cono terminale, con integrità delle meningi e del midollo.

È ovvio che la sindrome paraplegica è stata nel caso in esame determinata da compressione sul midollo.

In conseguenza si può concludere che una compressione di tal natura può essere molto estesa in altezza e portare all'abolizione assoluta della motilità e della sensibilità in tutto il territorio che si trova al di sotto del limite superiore della zona compressa, precisamente come nelle sezioni midollari.

La presenza del riflesso plantare in flessione documenta l'integrità dei centri al di sotto della compressione ed esclude la sezione completa del midollo.

È probabile che l'infezione primitiva dei reni si sia diffusa allo spazio epidurale attraverso i linfatici. DR.

TERAPIA.

Le indicazioni del salasso.

Nella *emorragia cerebrale*, quando vi sono i segni dell'iperemia, il paziente è di costituzione robusta e venne colpito in stato di salute.

Nella *congestione polmonare* con incipiente edema acuto, in individui non deperiti e robusti, ed in quelle da stasi nei cardiopatici.

Nelle *emorragie polmonari*, anche in individui tubercolotici, quando coesiste congestione polmonare e forte azione cardiaca.

Nella *nefrite acuta* e nell'*endocardite*, quando si formano rilevanti coaguli fibrinosi nel cuore od infarti nei polmoni, quando esistono disturbi circolatori acuti, cianosi spiccata e minaccia di edema polmonare.

Nelle affezioni cardiache croniche, e specialmente nell'*insufficienza mitralica*, perchè ristabilisce l'equilibrio fra pressione arteriosa e venosa.

L'indicazione sovrana però è nella *polmonite crupale*, quando il dolore, l'affanno e l'oppressione sono molto elevate, le guance vivamente arrossate, gli sputi sanguigni abbondanti. Come osserva G. Trikurakis (*Il Morgagni*, 2 dic. 1928), col salasso, la respirazione si fa meno frequente e più ampia, si mitiga e scompare il dolore puntorio, diminuisce la congestione cerebrale, che è rivelata dalla cefalea, dal delirio. Esso è invece controindicato nei vecchi, nelle forme secondarie a malattie infettive acute o croniche, negli alcoolisti. *fil.*

Asma e salasso.

Recenti osservazioni dimostrano che alcune forme di asma anafilattico cedono prontamente se si pratica un salasso. È da notare che ciò si è verificato in casi di asma bronchiale puro, in cui non interveniva alcun elemento cardiaco.

Pasteur Vallery-Radot, Blamoutier e Rooquès (*Bull. de la Soc. Méd. des Hôp.*, n. 27, luglio 1928) riportano tre interessanti casi del genere. Nel 1°, si trattava di un fornaio che presentava delle

crisi di asma anafilattico da farina. Le cutireazioni con varie farine furono tutte nettamente positive; ma, ciò nonostante, una cura di desensibilizzazione cutanea con farine non riuscì. Durante una crisi il P. si ferì casualmente ad una mano con dei vetri e riportò abbondante emorragia. La crisi d'asma in atto si interuppe bruscamente. In seguito a ciò, gli AA. quando più tardi si ripresentarono le crisi asmatiche tentarono di farle scomparire praticando piccoli salassi. Ben tre volte, il salasso fece sempre cessare le crisi di asma.

In altri due casi simili essi ottennero ogni volta gli stessi beneficii.

Essi concludono per la grande efficacia del mezzo in casi di asma anafilattico; però riconoscono che in alcuni altri pazienti il salasso non portò giovamento. Essi rinunciano a spiegare questi fenomeni ma però ricordano che Étienne Bernard in una *Thèse de Paris*, 1925, sul salasso dimostrò che questo produce delle notevoli modificazioni umorali e sopratutto delle notevoli modificazioni nelle albumine del siero. Non è improbabile che in questi fatti risieda la causa del suo benefico effetto sulle crisi asmatiche.

Etienne Bernard (nello stesso numero dello stesso *Bull. des Hôp.*) riferisce che alcuni anni fa ebbe ad osservare una donna con intensa crisi di asma che venne diagnosticata cardiaca. Si praticò un salasso e si ebbe un risultato ottimo, per la pronta scomparsa dell'attacco di dispnea. Il decorso ulteriore dimostrò trattarsi di asma bronchiale e non cardiaco; quindi il caso va riunito ai precedenti. L. TONELLI.

L'adrenalina nella cura di disintossicazione.

Le difficoltà nelle cure delle tossicomanie sono di due specie: da un lato perchè al momento della soppressione del tossico possono aversi sintomi minacciosi, dall'altro perchè il procedimento di rieducazione degli infermi non conduce al risultato desiderato. Nel mentre l'essenza del processo di rieducazione è di ordine psicoterapico la prima parte della cura è principalmente medicamentosa.

Nel 1926 Royas y Belbey al III Congresso Nazionale di Medicina di Buenos Ayres fecero noto un metodo di demorfinizzazione che è conosciuto oramai con la denominazione di « metodo argentino », per evitare l'insorgenza dei gravi fenomeni tossici determinati dalla necessità di alcaloide al momento della soppressione del tossico.

Secondo Royas y Belbey (*Riv. Med. de Barcelona*, n. 57, sett. 1928) i noti fenomeni nervosi e cardiaci insorgenti alla sottrazione della morfina e così difficili a combattere, possono evitarsi del tutto, facilitandosi grandemente il compito finale di disabituare il malato al veleno, sostituendo a poco a poco e progressivamente la morfina con l'adrenalina.

L'A. consiglia di fare 2, 3 volte al giorno e per 10, 12 giorni consecutivi iniezioni ipodermiche di 1/4 o di 1/2 mmgr. di adrenalina, nel mentre gradualmente si diminuisce fino a sopprimere l'uso della morfina. Per evitare talvolta l'insonnia viene consigliato di riservare le ultime dosi del tossico per le ore della notte. La tecnica ideata da Royas y Belbey è la migliore delle cure di disintossicazione consigliate e di grande praticità potendosi eseguire anche a casa dell'infermo non richiedendosi l'internamento in particolari case di cura.

D. MASELLI.

L'eliminazione urinaria dello zolfo neutro e l'uso terapeutico dello zolfo nei tumori maligni.

È nota la grande importanza che viene ora assumendo lo zolfo per l'organismo, sia perchè esso è costituente indispensabile dei tessuti animali, sia perchè prende parte attiva nel ricambio materiale, principalmente come glutatione ed anche come azione catalitica, per cui la terapia che si rivolge allo zolfo può essere considerata come un tipico esempio di terapia stimolante del metabolismo cellulare e della nutrizione.

Vi sono malattie in cui si deve ammettere una vera carenza di zolfo; tra queste, si devono annoverare i tumori maligni, in cui si ha una vera solfaturia, che porta ad un impoverimento dell'organismo in zolfo.

Da ricerche di U. Simonelli (*Minerva medica*, 1928, n. 43-44) risulta che nelle urine dei cancerosi, si ha un aumento dello zolfo neutro, superiore a quello che si ha in altre affezioni. Tale fatto può in parte utilizzarsi come criterio diagnostico, e così pure come indicazione terapeutica. La somministrazione di preparati speciali di zolfo ha fatto scomparire, sia durante che dopo la cura, i dolori, anche assai intensi; corrispondentemente, si vedeva che lo zolfo neutro nelle urine dei neoplastici veniva diminuendo e che si aveva miglioramento nelle condizioni generali.

Lo zolfo, quindi, può essere un buon medicamento coadiuvante nella terapia dei tumori maligni. *fil.*

MEDICINA SOCIALE.

L'influenza dei veleni industriali sugli organi.

Oliver (*Brit. Med. Journ.*, 10 novembre 1928) osserva che in generale l'avvelenamento per sostanze chimiche dipende dalla quantità del veleno e dal tempo di assorbimento; esiste anche una speciale suscettibilità individuale.

Piombo. — L'avvelenamento da piombo non si manifesta in tutte le persone ugualmente; vi è

come un'idiosincrasia familiare, che predispone alcuni membri della stessa famiglia a subire i danni di questo metallo. Si può acquistare una immunità dopo un periodo di tempo, oppure subire i disturbi soltanto in certi periodi.

Dopo che il veleno è stato assorbito dal sangue, non si ha una fissazione ed alterazione di tutti gli organi, perchè i tessuti e gli organi esercitano una speciale influenza selettiva sui veleni.

Il piombo esplica la sua azione deleteria sul sangue e sugli organi ematopoietici; tuttavia nel sangue si trova scarsa quantità di questo metallo, rispetto alla grande quantità che se ne trova negli organi interni.

Il piombo nel sangue produce un albuminato; sul plasma agisce spostando la frazione albumina, ed aumentando la fibrina-globulina. Nel sangue si rinvengono delle emazie giovani in maggiore quantità, perchè l'avvelenamento da piombo provoca una scarsa resistenza delle emazie.

L'emoglobina che si libera in seguito alla distruzione globulare, modifica l'ossiemoglobina in metaemoglobina; il sangue diventa più scuro; le urine hanno lo stesso colore; può comparire cianosi.

L'iperemia degli organi e dei tessuti, e l'alterazione dei capillari, può provocare piccole emorragie.

Anche il reticolo-endotelio segue la stessa sorte, con produzione aumentata del tessuto connettivo.

Il piombo assorbito dai liquidi tissurali e dal siero di sangue è allo stato solubile, e quindi può essere riassorbito dalla circolazione.

I sali di piombo precipitano le proteine.

L'iniezione endovenosa di piombo provoca paresi, paralisi, diarrea, colica, tremore e convulsioni.

Secondo Harmack la diarrea è il risultato delle violenti contrazioni delle pareti intestinali.

All'autopsia sono state trovate ulcerazioni nell'intestino, che si presenta contratto e talora occluso, il che spiega le coliche.

L'iniezione di nitrato di piombo produce un abbassamento della pressione del sangue; iniettandone una grande dose (cmc. 20 al 10 %) si ha oltre la caduta della pressione, l'arresto dei battiti cardiaci, per pochi minuti.

Il piombo si elimina attraverso i reni, l'epitelio intestinale, la secrezione mammaria e la saliva; oltre che sul sangue, può provocar lesioni nel fegato, nei reni, nel cervello, nelle ossa.

Arsenico. — I sintomi causati dall'avvelenamento dell'acido arsenioso sono: violenta colica addominale, vomiti e diarrea acquosa, crampi muscolari, collasso, polso debole, coma, morte.

L'arsenico si elimina attraverso il canale intestinale; può provocare una pigmentazione della pelle.

Combinato con l'idrogeno è più tossico, e inalato produce rapidamente malessere, vomito e dopo qualche ora emoglobinuria ed ematuria, con successiva lesione epatica e renale, per l'azione dei prodotti di disintegrazione.

Mercurio. — Il mercurio agisce sulle ghiandole salivari, le quali sono stimolate nella loro attività; le gengive si gonfiano, i denti cascano, l'alito si fa fetido; la mucosa orale può presentare ulcerazioni.

Si ha inoltre nell'avvelenamento diarrea, inappetenza, tremore muscolare, dapprima al viso e alle mani, e poi diffuso a tutto il corpo. I tremori non si osservano allo stato di riposo, ma durante il cammino, o nei piccoli movimenti, come nella sclerosi a placche.

Possono diventare così intensi, da impedire il vestirsi.

Nell'avvelenamento da mercurio si ha spesso albuminuria.

Fosforo. — Nei fabbricanti di fiammiferi di legno si osservavano spesso necrosi, dovute all'azione tossica del fosforo. Per tale ragione esso è stato sostituito col fosforo bianco, che non è dannoso.

Influenza delle sostanze radio-attive. — In una fabbrica di orologi in cui si usava il radium ed il mesotorio per rendere luminoso il quadrante e le sfere, era stato osservato nei lavoratori gravi malattie, con necrosi del mascellare e anemia aplastica. L'alterazione del sangue mostra una marcata leucopenia, specialmente a carico dei polimorfonucleati. In un primo tempo si ha un aumento dei globuli rossi, e bianchi; se l'azione del veleno continua si ha una distruzione dei leucociti ed una diminuita produzione delle emazie; l'emoglobina si mantiene alta.

Spesso si associa cefalea, malessere, stanchezza e bisogno di dormire, irritabilità nervosa e disturbi mestruali. Fra tutte le alterazioni, è principale la necrosi del mascellare. CARUSI.

VARIA.

Ipoalimentazione e fame.

Richter (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1928, n. 26) rileva che attualmente sono possibili studi su larga scala circa gli effetti dell'alimentazione quantitativamente deficiente. Le condizioni postbelliche, le moderne tendenze della moda femminile, gli scioperi della fame, la diffusione della terapia delle diete ristrette, offrono un largo campo di osservazione sulle conseguenze fisio-patologiche dell'alimentazione insufficiente.

Durante l'ipoalimentazione il ricambio materiale subisce una netta riduzione, che si può considerare come una reazione di difesa alla quale verisimilmente presiede il meccanismo tiroideo.

Si ha contemporaneamente un aumento della eccitabilità nervosa ed un aumento della forza muscolare che danno all'individuo un senso di sveltezza ed un aspetto vivace. Successivamente si ha uno stato depressivo ed una diminuzione delle forze.

Al principio dell'esperimento si determina una caduta della pressione sanguigna fino ad un limite che rimarrà poi costante.

L'alimentazione prevalentemente carnea, quale si usa nelle cure di dimagrimento, determina una vasodilatazione periferica con alterazioni del calibro e del tragitto dei capillari verisimilmente determinata dai prodotti tossici della disintegrazione albuminoide.

La dieta vegetariana invece agevola la circolazione periferica e fa scomparire le tortuosità dei capillari.

L'ipoalimentazione migliora l'ipertiroidismo ed aggrava l'ipotiroidismo.

La dieta assoluta di breve durata determina in ogni caso utili reazioni di difesa.

L'iperalimentazione è nefasta per gli obesi, i gottosi ed i diabetici.

Si giovano della alimentazione scarsa gli individui affetti da malattie vasali e sopratutto da glomerulo-nefrite con marcate lesioni capillari.

La dieta assoluta migliora l'eclampsia, l'emicrania e l'epilessia, nonchè le affezioni allergiche.

Tutto sommato l'ipoalimentazione e la dieta assoluta provocano vantaggi ed inconvenienti che bisogna sapere apprezzare caso per caso.

Boer (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1928, n. 36) ha fatto studi analoghi soffermandosi sopratutto su gli effetti del digiuno assoluto.

Premesso che l'alimentazione per essere adeguata ai bisogni organici oltre alla quantità di sostanze azotate, idrocarbonati e grassi sufficiente all'equilibrio calorico minimo deve contenere acqua e le sostanze minerali necessarie all'organismo nonchè le vitamine indispensabili, Boer osserva che gli effetti del digiuno, e con questi la sensazione della fame, si verificano quando i processi di disassimilazione prevalgono su quelli di assimilazione.

Gli effetti stessi sono meno sensibili se l'individuo beve acqua. In queste condizioni oltre l'acqua ed i sali in essa disciolti l'organismo non assorbe dall'ambiente esterno che l'ossigeno, il quale contribuisce a bruciare le sostanze di riserva ed anche quelle indispensabili per l'esistenza.

La durata della sopravvivenza dipende da parecchi fattori, tra i quali i più importanti sono la quantità e la natura dell'alimentazione precedente all'inizio del digiuno (ad es. i mangiatori di carne sopravvivono di più) e la temperatura del corpo (gli animali a sangue freddo sopravvivono di più).

Durante il digiuno scompaiono dapprima le riserve di idrati di carbonio e di grassi, le albumine resistono di più: in genere le sostanze inorganiche sono distrutte in quantità di molto inferiore a quelle organiche. D'altra parte si ha una ritenzione d'acqua dovuta forse alla comparsa di prodotti di disassimilazione con proprietà osmotiche.

Nei vari organi compaiono lesioni di grado diverso, alcune delle quali dipendenti dalle lesioni di altri organi. Si ha quasi una lotta per l'esistenza dei vari organi, ciascuno dei quali tende a sopraffare gli altri.

La morte più che dalla mancanza di sostanze nutritive nel loro complesso, sembra dovuta dall'assenza di determinate sostanze che sia pure in piccole quantità sono indispensabili all'esistenza. Può anche darsi che la morte sia provocata da un avvelenamento da prodotti della disassimilazione anormale delle sostanze organiche.

La sensazione della fame cessa con il secondo o terzo giorno di digiuno. Segue un lungo periodo d'inanizione con riduzione degli scambi ed infine si ha la crisi terminale che si annunzia con febbre, vomito, diarrea, collasso durante il quale si ha la morte.

Prima adunque dei fenomeni d'intossicazione si ha un lungo periodo di tolleranza, durante il quale l'organismo consuma le materie di riserva e scorie dannose all'economia dell'organismo. Si ha inoltre una specie di adattamento con riduzione del metabolismo, che non è avvertito dal soggetto con alcuna sofferenza.

L'insieme degli studi fatti sui digiunatori tenderebbe a dimostrare che la moderna alimentazione media degli uomini è eccessiva, che la riduzione della dieta sembra tutt'altro che dannosa, mentre certamente benefici sarebbero brevi periodi di digiuno ad intervalli di tempo più o meno lunghi secondo gli individui. *argo.*

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

VIII. - Prescrizione del medico e vendita di medicinali.

Da tempo si discute della legittimità della vendita di medicinali senza prescrizione del medico (ricetta). Alcuni hanno ritenuto che la legge obblighi il farmacista a vendere i medicinali soltanto in base a prescrizione del medico, ed hanno desunto questa regola o dal sistema della legge, genericamente, o dall'art. 61 del T. U. delle leggi sanitarie, il quale dispone che i farmacisti devono conservare copia di tutte le ricette spedite. Si è anche ritenuto che la vendita senza prescrizione del medico costituisca, per se stessa, *contravvenzione*.

Questo argomento è stato da noi altra volta ampiamente trattato, nella medesima rubrica, con una nota che è stata recentemente ricordata dal Carapelle in un suo studio pubblicato nella Rivista *Il diritto pubblico sanitario* 1928, pag. 491. Noi, in contrasto con la opinione dominante e con l'indirizzo più recente della Corte di Cassazione penale, abbiamo sostenuto una tesi che si può riassumere così. La vendita dei medicinali senza prescrizione del medico non costituisce per sè stessa contravvenzione, perchè *questo fatto* non viola un divieto espresso, per il quale sia stabilita sanzione penale. Se così non fosse, *la vendita* di qualsiasi medicinale costituirebbe reato, *in ogni caso*, almeno dal punto di vista obbiettivo. Può essere violato un altro divieto, se il farmacista compie atti di esercizio della professione di medico chirurgo; ma il *fatto è diverso*: è l'esercizio abusivo, non la semplice vendita senza prescrizione. Si devono quindi stabilire caso per caso gli elementi concreti dell'attività eventualmente illegittima: se il farmacista vende una dose di magnesia, senza prescrizione del medico, non viola uno speciale dovere giuridico nè fa atti di esercizio illecito; se invece fa una prescrizione che appartiene alla competenza del medico, secondo le norme generali, egli è responsabile del reato di esercizio abusivo.

Il Ministero dell'Interno, con la circolare 5 luglio 1928, che fu pubblicata integralmente nella Rivista *Il diritto pubblico sanitario* anno 1928, pag. 511, aveva detto: « *Ricade nel reato di esercizio abusivo il farmacista che spedisca ricette di sua iniziativa senza prescrizione medica;* la prescrizione del sistema di cura è, come innanzi dicevasi, atto di professione medica; è quindi evidente che il farmacista che si sostituisca al medico, prescrivendo egli stesso la medicina che poi spedisce, compie atto punibile ».

Questa delucidazione non era sufficientemente chiara pur essendo forse fondamentalmente esatta. Con una nota pubblicata nel *Diritto pubblico sanitario* pag. 491, anno 1928, noi insistemmo nella precisazione dell'obbietto del reato, distinguendo il fatto della vendita da quello dell'esercizio abusivo, secondo i concetti già espressi in questa Rivista.

Successivamente, il Ministero ha sentito il parere del Consiglio di Stato in adunanza generale (18 settembre 1928), il quale ha risposto precisando bene la quistione e la risoluzione. Rileviamo con compiacimento che questa coincide, sostanzialmente, col nostro punto di vista. Data la importanza della risoluzione, che sembra a noi decisiva e tale da superare ogni dubbiezza, in materia delicata anche perchè la quistione si concreta in un problema di limiti della competenza professionale, riportiamo il parere del Consiglio di Stato, che il Ministero ha accettato, facendolo suo, con circolare 25 ottobre 1928 n. 20400.

« L'obbligo della ricetta medica è prescritto solo per gli stupefacenti (art. 3 legge 18 febbraio 1923 n. 396) e, pei veleni, tale obbligo si desume dal combinato disposto degli art. 61 T. U. leggi sanitarie, e 49 del regolamento 13 luglio 1914 n. 829. Onde dovrebbe desumersi, a contrario, un regime di libertà in generale. Senonchè, l'art. 61 del T. U. delle leggi sanitarie impone al farmacista l'obbligo di conservare copia di tutte le ricette spedite. Può desumersi da tale norma che la ricetta sia obbligatoria? Non sembra. Tale articolo dispone soltanto che se il farmacista ha spedito una ricetta deve tenerne copia: si riferisce, cioè, allo stato di fatto dell'esistenza di una ricetta, onde lascia impregiudicata la questione se essa sia o non necessaria, onde essa sarà necessaria nei due casi suaccennati, ma in generale, per mancanza di esplicita norma di legge, non sarà necessaria nè si potrebbe sforzare l'art. 61 per portarlo a sancire, in una forma così vaga ed indiretta, un obbligo così grave ed assoluto.

« Il concetto informatore della legislazione ora vigente però — ha soggiunto il Consiglio di Stato — è la descriminazione della professione di farmacista. L'art. 54 del T. U. delle leggi sanitarie esclude il cumulo della professione di farmacista con quella delle altre professioni sanitarie. Onde il farmacista non può esplicare alcuna attività di

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. Giovanni Selvaggi, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

altre professioni sanitarie, e non può, quindi, sostituirsi comunque al medico nel prescrivere farmaci di sua iniziativa, sia esaminando l'ammalato, sia fondandosi sulle indicazioni dell'ammalato.

« Resta il caso che il farmacista sia richiesto, da una persona, di fornire medicamenti. In tal caso, bisogna tener presente due distinte ipotesi. Se è richiesto di spedire una ricetta che presuppone un *accertamento diagnostico*, non può spedirla, ancorchè non si tratti nè di veleni, nè di stupefacenti. In tali casi — come abbiamo visto — una esplicita norma gliene fa divieto, in quanto che non potrebbe rendersi complice dell'esercizio abusivo da parte di un privato qualsiasi della professione sanitaria, soltanto potendo i sanitari autorizzati fare accertamenti diagnostici e prescrivere le opportune cure. Se, invece, si tratta di spedire farmaci di uso comune, che qualsiasi persona di una certa esperienza sa adattare per curare facili indisposizioni e alterazioni, non sussiste, invece, l'ipotesi dell'esercizio abusivo della professione sanitaria e, quindi, nulla vieta che la richiesta sia dal farmacista soddisfatta ».

IX. - Aumenti periodici: servizi valutabili.

Per gli impiegati degli enti locali, gli aumenti periodici dello stipendio sono generalmente stabiliti dai regolamenti locali. Le controversie concernenti la decorrenza del termine e i servizi valutabili devono essere, quindi, risolute concretamente in base alla disposizione che, attribuendo il diritto, ne regola le condizioni e i limiti. È possibile, tuttavia, qualche accenno da un punto di vista di massima.

Per i sanitari condotti è valutabile il servizio interinale prestato prima della nomina definitiva? Si è osservato che, essendo valido questo servizio agli effetti del periodo di prova, si deve ritenere che sia utile anche per stabilire la durata della prestazione alla quale corrisponde la progressione dello stipendio. Ma è da dubitare fortemente del fondamento di questa tesi. Che il servizio interinale sia valido, per disposizione di legge, agli effetti della prova, non significa che sia utile anche per altri effetti.

Questa norma ha fondamento ed obbietto circoscritti e non può essere considerata fonte di efficacia del servizio interinale per tutti gli effetti della carriera e dell'anzianità. Il trattamento economico, *corrispondente alla titolarità dell'ufficio*, incomincia quando il rapporto d'impiego, per la prestazione del servizio in qualità di titolare, è costituito: da questo momento si inizia la vera e propria carriera, per tutti gli effetti. Se, quindi, il regolamento, che attribuisce il diritto all'aumento periodico nulla dispone circa la decorrenza, si deve ritenere che sia valido il servizio prestato dalla data della nomina definitiva: da questa data, si intende, e non da quella della stabilizzazione del rapporto.

La V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 25 maggio 1928, n. 279, ha ritenuto che gli aumenti periodici di stipendio, essendo in relazione non soltanto alla durata ma anche alla *qualità* del servizio, non consentano se non il computo di quei servizi ai quali si riferisce lo stipendio destinato a progressivo aumento. Il caso, per il quale è stato applicato questo criterio, si presentava così: per disposizione espressa, era valutabile il servizio prestato dal segretario in altri Comuni; si doveva giudicare se fosse utile il periodo corrispondente al servizio prestato in qualità di *vice segretario* e di applicato di segreteria. La V Sezione ha ritenuto che non vi fosse identità tra l'una e le altre prestazioni. Ma, prescindendo da questo caso particolare, è da ritenere che, generalmente, la progressione periodica della retribuzione presuppone una continuità che attiene all'oggetto dello stesso rapporto d'impiego. Il passaggio da un ad altro ufficio o servizio non si può considerare causa di soluzione di continuità se il rapporto d'impiego non è effettivamente interrotto e se l'obbietto di esso non è essenzialmente modificato.

X. - Concorsi: giudizio della Commissione e facoltà di scelta.

Il Comune di Brescia, dovendo provvedere alla nomina del medico condotto in base alla graduatoria formata dalla Commissione, prima di deliberare assunse *informazioni sulle attitudini particolari di medico condotto* dei candidati dichiarati idonei. Provvide poi alla nomina. Il dott. Turbini ricorse al Consiglio di Stato in s. g. e dedusse che, così procedendo, in base ad elementi provenienti da altre fonti e concernenti la idoneità, il Comune aveva sostituito un giudizio tecnico proprio a quello della Commissione. La V Sezione, con decisione 30 marzo 1928, non ha accolto questa tesi considerando che « nel caso concreto il Commissario ritenne opportuno, in sostanza, prima della nomina e attingendo le notizie all'infuori dei documenti del concorso, di assicurarsi che il medico che egli si apprestava a nominare avesse già dato prova di attitudini particolari al servizio di condotta, alle funzioni pratiche, cioè, di medico condotto, e nel far ciò è a riconoscersi che egli è stato guidato da un fine obbiettivo e non ha ecceduto nei suoi poteri nè ha violato l'àmbito del giudizio formulato dalla Commissione ».

È certo però, e il Consiglio di Stato non ha disconosciuto, che il giudizio tecnico della Commissione vincola il Comune, il quale non può sostituirvi criteri propri o giudizi di terzi. La facoltà di scelta deve essere guidata da criteri ed apprezzamenti subbiettivi che non pregiudichino menomamente il giudizio della Commissione.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

La repressione dell'esercizio abusivo delle professioni sanitarie.

In seguito alle recenti, rigorose istruzioni date dal Ministero dell'Interno ai Prefetti del Regno per la repressione dell'esercizio abusivo delle professioni sanitarie, sono stati, a termine della legge 6 maggio 1928, n. 1074, denunziati all'autorità giudiziaria n. 636 esercenti per le seguenti imputazioni: *a*) per esercizio abusivo della medicina, n. 149; *b*) per esercizio abusivo della odontoiatria, n. 121; *c*) per esercizio abusivo della veterinaria, n. 11; *d*) per esercizio abusivo della farmacia, n. 280; *e*) per esercizio abusivo della ostetricia minore, n. 75.

Con provvedimenti prefettizi emanati a norma della legge suddetta sono stati, inoltre, chiusi in seguito a constatato esercizio abusivo professionale: *a*) gabinetti medici e dentistici, n. 65; *b*) farmacie, n. 6; *c*) drogherie, n. 3; *d*) case di cura e ambulatori, n. 2.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Contro la rabbia canina.

Il Ministero degli Interni (Direzione della Sanità), con circolare recente ha impartito istruzioni per un'intensificazione della polizia veterinaria contro la rabbia.

« Dalle notizie trimestrali pervenute al Ministero degli Interni — dice la circolare — si è rilevato che, a partire da tale epoca, il numero dei cani catturati è in sensibile aumento, sebbene non dappertutto e nella misura attesa. Intanto, da un esame della statistica delle persone sottoposte alla cura antirabbica nei varî Istituti del Regno, si è constatata una progressiva diminuzione nei casi di morsicature di uomini, particolarmente in quei territori dove l'accalappiamento dei cani fu esercitato in larga misura e con persistenza.

« Confrontando tra loro i tre semestri dall'epoca in cui si è iniziata la vasta opera di polizia veterinaria, si è rilevato che, di fronte a 3591 persone morsicate nel primo semestre dell'anno 1927, ne risultano 2996 morsicate nel secondo semestre dello stesso anno, e 2462 nel primo semestre dell'anno scorso. La diminuzione complessiva verificatasi può dunque essere calcolata, nel corso di diciotto mesi, a circa il 33 per cento.

« Tale risultato abbastanza soddisfacente deve indurre a persistere nella lotta intrapresa, che dovrà essere condotta ovunque con la massima energia, riuscendo a vincere tutte quelle difficoltà di varia natura che non hanno consentito di trarre dappertutto i vantaggi desiderati. La rabbia è una malattia che può essere certamente debellata con la sistematica applicazione delle norme di polizia veterinaria, tra le quali ha fondamentale importanza quella relativa alla cattura dei cani randagi.

« Essendo quindi il problema di difesa da questa terribile malattia una questione di volontà, il Ministero, affidandosi al nuovo spirito di disciplina che anima le autorità preposte ai Comuni, non dubita che sarà dappertutto provveduto a un regolare, efficace funzionamento dei servizi di profilassi contro la rabbia, ricorrendo, ove del caso, anche alla formazione di consorzi intercomunali ».

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BAGNOLO DI PO (*Rovigo*). — Scad. 15 feb.; lire 8500 oltre L. 1000-1500-3000 trasp., L. 400 uff. san., L. 500 se ambulat.; alloggio dietro tenue canone.

CAGLIARI. *R. Prefettura*. — Ufficiale sanitario per Cagliari e borghi aggregati. Stip. iniziale lire 16.000, aument. L. 800 e L. 1000 dopo 1° e 2° quadriennio. Indenn. serv. L. 4200 oltre temp. indennità c.-v. Scad. ore 19 del 30 marzo p. v. Concorso per titoli e per esame. Chiedere bando Ufficio Sanitario Prefettura.

CAMPAGNATICO (*Grosseto*). — Scad. 20 feb.; 1ª cond.; L. 9700 e 5 quinquenni dec.; c.-v. se ammogliato; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

CASTELSARDO (*Sassari*). — Scad. 28 feb.; per « Tergu »; L. 10.500 oltre L. 2500 cav., L. 1800 uff. san.; tassa L. 25,05.

CASTIGLIONE TINELLA (*Cuneo*). — Scad. 20 feb.; rivolgersi segret.; tassa L. 50,10.

CAVARZERE (*Venezia*). — Scad. 15 feb.; per Rottanova; L. 9000 e quadrienni, oltre indenn. mezzo trasp.; eventualm. esami.

CETO (*Brescia*). — Scad. 16 feb.; con Cimbergo e Paspardo; collina e montagna; L. 12.000 oltre L. 1000 trasp., L. 600 uff. san., c.-v.

CODIGORO (*Ferrara*). — A tutto 25 feb., 1ª condotta e direz. Ospedale Vitt. Em. III; ab. 5000 agglomerati; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre assegno complement. L. 2500, c.-v. L. 920 per coniugati e L. 200 per celibi, 55 % proventi ospedale; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10. Chied. annunzio.

CORIANO (*Forlì*). — 3° reparto; a tutto 20 feb.; ab. 2873; ha. 2200; L. 10.000 e 10 bienni ventes., oltre c.-v. e L. 2000 trasp.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15. Chied. annunzio.

CREMONA. *Istituti Ospitalieri*. — A tutto 20 febbraio; primario chirurgo del Reparto Maschile; v. fasc. 4.

DECIMOPUTZU (*Cagliari*). — Scad. 15 feb.; con Villaspeciona; L. 9000 oltre L. 1500 cavalc., L. 500 uff. san., 4 quinquenni dec., c.-v. se dovuto; tassa L. 50,15.

FORDONGIANUS (*Cagliari*). — Scad. 28 feb.; con la fraz. Villanova Truschedu; L. 9000 oltre L. 500 uff. san., L. 1500 cav., c.-v.; tassa L. 50.

GRIGNASCO (*Novara*). — Scad. 15 feb.; L. 7000, oltre L. 600 uff. san., L. 750 trasp., L. 150 ambulatorio, 10 bienni ventes.; tassa L. 50.

LECCE. *Amministraz. Provinc.* — Due posti di coadiutore nel Laborat. Provinc. d'igiene e profilassi; scad. 28 feb.; v. fasc. 5.

S. GIOVANNI IN GALDO (*Campobasso*). — L. 6000 e 3 quinquenni dec.; età massima 55 a.; scad. 15 mar.

SORRADILE (*Cagliari*). — Scad. 15 feb.; L. 11.000 compreso uff. san.; per cavalc. L. 2000; età lim. 45 a.; tassa L. 50.

SPOLETO (*Perugia*). — A tutto 28 feb.; L. 9000 oltre L. 600 serv. att., c.-v., L. 500-2000-4000 trasp.; voti esami speciali; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10; doc. non anter. al 30 nov.

TERNI. *Amministrazione provinciale*. — Direttore Sezione Medico Micrografica e Assistente Sezione Chimica Laboratorio Provinciale Igiene e Profilassi. Titoli ed esami. Scad. prorogata al 28 feb.

TREVIGNANO (*Treviso*). — Scad. 20 feb.

UMBERTIDE (*Perugia*). — Scad. 15 feb.; per Preggio; L. 8000 e 5 sessenni dec., oltre L. 600 serv. att., L. 2000 disag. resid., L. 4000 cavalc., c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La Facoltà Fascista di Scienze Politiche della R. Università di Perugia conferiva unanime l'insegnamento della « Medicina Legale del Lavoro », all'illustre prof. Cesare Agostini, ordinario nell'Ateneo Perugino di Clinica Neuropsichiatrica e di Medicina Legale.

Ricordiamo il corso svolto nell'anno precedente integrativo dell'insegnamento di Legislazione Sociale e del Lavoro, di cui è titolare il prof. Oddone Fantini medaglia d'oro. Ricordiamo la pubblicazione « Cenni di Fisiopatologia del Lavoro » edita dalla tipografia del Littorio, fatta dal chiarissimo prof. Agostini ed inserita nel volume del prof. Fantini « Stato e lavoro ».

NOTIZIE DIVERSE.

Insediamento del Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Il Capo del Governo ha insediato, il giorno 3 corr., al Compidoglio, il Consiglio Nazionale delle Ricerche, il quale è destinato a divenire lo Stato Maggiore dell'indagine scientifica in Italia.

Alla imponente cerimonia presenziavano altissime autorità e personalità.

Riportiamo una larga parte dell'elevato e significativo discorso pronunziato da S. E. Mussolini:

« Oggi la ricerca scientifica ha singolari e vaste esigenze: richiede cioè una organizzazione adeguata e mezzi potenti. Il genio isolato può compiere miracoli, ma la ricerca scientifica sistematica risponde alle molteplici e diverse esigenze della Nazione.

La mancata visione di questo problema ci ha portato, bisogna apertamente riconoscerlo, ad un decadimento delle ricerche scientifiche e ad una penuria di ricercatori che è veramente impressionante. Da questo stato di cose si deve uscire. Dobbiamo creare la nostra falange di ricercatori e dare ad essi non la sensazione, ma la sicurezza che potranno vivere della scienza e per la scienza poichè essi rappresentano una delle forze vitali della Nazione.

Si potrà così preparare l'atmosfera per una ripresa degli studi e delle ricerche scientifiche degna delle nostre tradizioni e rispondente ai bisogni della Nazione.

Questo compito io ho affidato al Consiglio Nazionale delle Ricerche, dandone la **presidenza a** Guglielmo Marconi che è **vanto** e **gloria della** scienza italiana.

Con la costituzione dei Comitati nazionali l'inquadramento degli scienziati italiani nel Consiglio delle Ricerche è ormai compiuto. Oggi esso può cominciare a funzionare nella sua completa organizzazione. Ma io voglio rilevare la intensa opera che ha svolto fino ad oggi, sulla base delle direttive da me impartite, il Direttorio del Consiglio il quale, nominato subito dopo la ricostituzione di esso, ha lavorato intensamente a preparare l'organizzazione del Consiglio, ad avviarne l'azione, a creare gli strumenti necessari per il suo funzionamento.

Per la prima volta dal 1860 ad oggi si è compiuta una inchiesta sugli istituti scientifici, sugli enti culturali, sui periodici scientifico-tecnici. I risultati sono raccolti in tre volumi.

Mentre in altri Stati si discute ancora sul modo di compilare una completa bibliografia scientifica, il Direttorio ha già pubblicato la prima annata della bibliografia scientifica italiana.

Nel centro più importante della nostra vita industriale, Milano, è stato istituito un archivio tecnico, che renderà servigi notevolissimi a chiunque richiederà informazioni di carattere tecnico e scientifico. Queste le iniziative rese di pubblica ragione alle quali devesi aggiungere tutto il lavoro di organizzazione compiuto con raccolta operosità.

Il Direttorio non ha atteso che i Comitati Nazionali si formassero per avviare alcuni studi rispondenti a bisogni più urgenti della vita nazionale, con la formazione di alcune Commissioni, le quali hanno già iniziato gli studi su alcuni problemi di alto interesse nazionale come quello dell'alimentazione, dei fertilizzanti, ecc.

Questa prima fase dei lavori s'inquadra oggi nei Comitati Nazionali e nel Consiglio delle Ricerche completamente formato, con la partecipazione dei presidenti e dei segretari di ciascun Comitato. Oggi io non ho che da confermare le direttive da me esposte nel messaggio del 1° gennaio del 1928.

Voglio però aggiungere alcune considerazioni che vanno non al solo Consiglio, ma a tutta la Nazione.

Il Consiglio deve avere i mezzi necessari, e li avrà, per assolvere il suo compito, ma bisogna sfrondare il terreno dagli organi inutili delle Commissioni superflue e da talune organizzazioni inefficienti, che si sono venute formando con un crescendo continuo prima dell'istituzione del Consiglio delle Ricerche.

La ricerca scientifica deve svolgersi senza il vincolo e la preoccupazione dell'insegnamento. La ricerca scientifica deve servire alla scienza e alle esigenze nazionali. Ossia non deve servire a creare nuove cattedre e nuovi insegnamenti.

Il Consiglio deve essere un organismo all'unisono con la vita della Nazione e quindi a contatto cogli industriali, cogli agricoltori, coi commercianti, colle amministrazioni. Di qui la necessità di un coordinamento e di un collegamento fra le Confederazioni ed il Consiglio.

Le Confederazioni dei datori di lavoro e dei

lavoratori devono sentire e comprendere che le ricerche scientifiche si traducono in miglioramento ed aumento della produzione, e, in definitiva, i risultati delle ricerche scientifiche e le indagini a tale uopo compiute servono ad esse.

Perciò le organizzazioni sindacali devono concorrere, in conformità del resto del primo articolo della legge del 3 aprile 1926, n. 563, al mantenimento del Consiglio e alle ricerche scientifiche.

In tutti i paesi, sono i più ricchi quelli che primi hanno compreso tale verità, noi assistiamo ad una sempre più intensa ricerca scientifica, a vantaggio dell'industria, dell'agricoltura, della difesa, dell'economia del Paese.

L'Italia non può essere assente in questo campo.

Signori del Consiglio, nel porgervi il mio saluto augurale, io vi dico che l'Italia ha bisogno di voi. Vi invito pertanto ad assumere il vostro ufficio col sentimento di compiere un alto dovere nazionale ».

Il sen. Marconi, presidente del Consiglio delle Ricerche, dopo aver ringraziato il Capo del Governo, pronunziò un breve discorso programmatico.

Lo stesso giorno si è adunata la Giunta esecutiva della Commissione per lo studio dei problemi dell'alimentazione, presieduto dal prof. Bottazzi.

Nel Consiglio Nazionale delle ricerche.

Il Comitato medico è così costituito:

Presidente: Marchiafava sen. prof. Ettore; *segretario*: De Blasi prof. Dante.

Giunta Esecutiva. — Membri: Burci prof. Enrico, Devoto prof. Luigi, Gabbi prof. Umberto, Mariotti Bianchi col. Giov. Batta, Messea dott. gr. uff. Alessandro, Morelli on. prof. Eugenio, Spolverini prof. Luigi.

Membri. — Adami dott. Mario, Alessandri prof. Roberto, Alessandrini prof. Giulio, Ascoli prof. Maurizio, Ascoli prof. Vittorio, Bardelli prof. Nicola, Bartolucci prof. Alfredo, Bastianelli prof. Giuseppe, Bastianelli prof. Raffaele, Beretta prof. Arturo, Bietti prof. Amilcare, Bignami prof. Amico, Bilancioni prof. Guglielmo, Binaghi prof. Roberto, Bizzozero prof. Enzo, Bosellini prof. Pier Lodovico, Bucciante col. med. prof. Alfredo, Busi prof. Aristide, Casagrandi prof. Oddo, Castellino prof. Pietro, Cerletti prof. Ugo, Comba prof. Carlo, Cova prof. Ernesto, D'Amato prof. Luigi, D'Antona prof. Serafino, De Carli prof. Deodato, De Gaetano prof. Luigi, De Sanctis prof. Sante, Di Marzio prof. Quirino, Di Nola ten. col. prof. Angelo, Dominici prof. Leonardo, Donati prof. Mario, Falso dott. Alfonso, Fichera prof. Gaetano, Fragnito prof. Onofrio, Francioni prof. Carlo, Gaifami prof. Paolo, Giardina prof. Giuseppe, Giordano sen. prof. Davide, Ilvento prof. Arcangelo, Jemma prof. Rocco, Leòtta prof. Nicola, Lodato prof. Giuseppe, Manfredi prof. Luigi, Marotta prof. Domenico, Micheli prof. Cesare, Micheli prof. Ferdinando, Morlani prof. Giuseppe, Muscatello prof. Giuseppe, Ottolenghi prof. Donato, Paolucci on. dott. Raffaele, Pascale prof. Giovanni, Pende prof. Nicola, Pentimalli prof. Francesco, Perna on. prof. Amedeo, Perez prof. Giovanni, Pergola prof. Mazzini, Pestalozza sen. prof. Ernesto, Putti prof. Vittorio, Ricci col. med. prof. Serafino, Rossi prof. Baldo, Rossi prof. Ottorino, Sclavo prof. Achille, Schupfer prof. Ferruccio, Serono prof. Cesare, Sfameni prof. Pasquale, Silvestri prof. Silvestro, Stanziale prof. Rodolfo, Taddei prof. Domenico, Tandoja prof. Pasquale, Tommasi-Crudeli dott. Corrado, Valagussa prof. Francesco, Viola prof. Giacinto, Vitali prof. Fabio, Zeri prof. Agenore.

Al Direttorio del Consiglio Nazionale delle Ricerche sono pervenute le seguenti offerte, destinate al Comitato Nazionale Biologico; L. 10.000 dall'Istituto Biochimico Italiano e L. 6000 dalla Ditta Zambelletti. Abbiamo già dato notizia dell'offerta di L. 10.000 dell'Istituto Nazionale Medico-Farmacologico.

Per i medici di fabbrica.

Per interessamento della Confederazione Generale Fascista dell'Industria italiana, in accordo coi Ministri competenti, si sta riprendendo in esame la questione dei « Medici di fabbrica », che avrebbero il compito di presiedere alla sorveglianza igienica generale degli stabilimenti industriali, di procedere alle visite di assunzione della maestranza operaia con metodi di selezione per il lavoro proficuo, di curare gli operai infortunati, di eseguire le visite mediche periodiche di « salute », di guidare l'operaio nel lungo e gravoso corso della sua vita lavorativa, alleviandogli i danni piccoli e grandi delle sue quotidiane fatiche e mantenendolo in piena efficienza agli effetti della produzione nazionale.

Per preparare i quadri a questa nuova mansione igienico-sociale si dovrà addivenire, prima, alla istituzione nelle Università di una apposita Cattedra di Medicina del lavoro e infortunistica, che potrebbe servirsi, per le dimostrazioni pratiche, delle Cliniche del lavoro attuali e degli erigendi Ospedali infortunistici, per impartire ai nostri medici almeno le nozioni principali e indispensabili per questo nuovo campo di attività professionale; mentre una speciale Scuola superiore di medicina sociale dovrebbe preparare, con opportuni Corsi, i nostri Ufficiali sanitari, i periti igienisti, i Medici comunali e provinciali, gli Ispettori scolastici, i Medici delle Assicurazioni sociali, gli infortunisti, i Medici di fabbrica, quelli per l'emigrazione, tutti i medici, in una parola, che intendono dedicarsi alle mansioni d'igiene sociale e di medicina del lavoro.

Le mansioni sociali cui saranno chiamati i Medici di fabbrica sono intese principalmente a sviluppare i metodi di prevenzione e di difesa contro l'ineluttabile usura dell'organismo a causa del lavoro, affinchè essi possano, con cognizioni di causa, consigliare e imporre quelle condizioni ambientali e individuali più favorevoli perchè una efficace produzione non sia disgiunta dalla massima conservazione del nostro materiale lavorativo umano.

Sezione sanitaria dell'Opera Balilla in Roma.

La II Sezione Sanitaria specializzata dell'O. N. B. inaugurata il 24 genn. ha riscosso l'ammirazione degli intervenuti fra cui il principe Rodolfo Borghese, presidente del Comitato O. N. B. per l'Urbe, il dott. Liebmann, il prof. Pecori, direttore dell'Ufficio d'Igiene, il prof. D'Ormea, il comm. Pinci, per la Federazione dell'Urbe, il prof. Fabrizi, direttore sanitario del Comitato O. N. B. di Roma e altre autorità. Essa offre alle giovani camicie nere il beneficio che la scienza

moderna apporta attraverso gli ultimi mezzi diagnostici e terapeutici.

La Sezione Sanitaria è corredata di apparecchi modernissimi di radiodiagnostica ed elettroterapia, che hanno inoltre il vanto di essere creati da industria prettamente italiana (Balzarini, Milano). Il dott. De Concini, direttore sanitario di detta Sezione, ne ha curato in modo particolare l'attrezzamento e l'organizzazione. Ai valenti sanitari prof. Doria, aiuto nella R. Patologia Medica, dott.ssa Bucci Stinto degli ospedali, dott. Salustri, aiuto nel Manicomio Provinciale, sono state affidate le rispettive specialità (Radiodiagnostica, elettroterapia, analisi cliniche, ecc.).

Nuovo ambulatorio a Roma.

Si è inaugurato un Ambulatorio istituito nel rione Monteverde Nuovo a cura del locale Gruppo fascista, con il concorso disinteressato dei dottori Giuseppe Barbera, Ignazio Neuschüller, Eugenio Gasparri, Raoul Giocchini, Silvio Pascali, Alberto Paolella L'Ambulatorio risponde ad una imprenscindibile necessità del quartiere, rimasto finora sprovvisto di qualsiasi assistenza sanitaria.

Pel 1° centenario del Manicomio di Palermo.

« Il Pisani », giornale di patologia nervosa e mentale pubblicato a cura dell'Ospedale Psichiatrico di Palermo, ha consacrato un numero speciale alla ricorrenza del 1° centenario di fondazione dell'Ospedale, che fu celebrato con solennità nello scorso giugno. Il fascicolo, in dignitosa veste tipografica, copiosamente illustrato, reca la cronaca della cerimonia, il discorso pronunziato in quella occasione dal prof. Giovanni Dotto e una serie di note illustrative e di dati storici sul grandioso Istituto, che ricovera oltre 2500 infermi e che è organizzato e attrezzato secondo i criterî più moderni.

Indennità a favore delle classi lavoratrici.

Il Patronato nazionale che svolge a favore delle classi lavoratrici una viva opera di assistenza sociale, ha liquidato nel 1928, terzo anno di sua esistenza, L. 100.000.000 circa di indennità a infortunati, sia industriali che agricoli. Si deve rilevare in proposito che L. 70 milioni erano state le corrispondenti offerte degli istituti assicuratori. La realizzata differenza di 30 milioni, in confronto ai 70 milioni delle indennità offerte, rappresenta un beneficio netto, superiore al 40 per cento, di cui hanno goduto gli infortunati assistiti dal Patronato nazionale.

Le nascite in Italia e in Europa.

L'« Agenzia di Roma » riporta da uno studio statistico germanico della « Wirtchaft und Statistik » alcune interessanti cifre comparative sul movimento della popolazione in Italia, in Germania, in Francia e in Inghilterra durante il primo semestre del 1927 e del 1928.

Risulta da esse che in tali periodi la eccedenza effettiva dei nati sui morti è stata rispettivamente di 232.017 e 239.518 in Italia, di 194.370 e 213.287 in Germania, di 61.397 e 88.277 in Inghilterra e Galles, di 148 e 29.734 in Francia.

Calcolata su mille abitanti l'eccedenza dei nati è stata dunque in Italia di 11,5 e 11,8, in Germania di 6,2 e 6,8, in Inghilterra di 3,1 e 4,5, e in Francia di 0,0 e 1,5.

Da tali cifre appare la gravità delle condizioni demografiche della Francia, alle quali seguono quelle dell'Inghilterra e della Germania. Le condizioni dell'Italia appaiono alquanto più favorevoli, ma non è dubbio che lo stato degli altri paesi considerati costituisce solo uno stadio più avanzato del generale fenomeno del regresso delle nascite verso il quale è avviata anche l'Italia e contro il quale appunto la politica mussoliniana va elevando numerose trincee di resistenza.

Corsi complementari in igiene.

Si terranno presso gl'Istituti d'Igiene delle RR. Università di Firenze e di Milano, a partire dal 4 marzo e dal 2 aprile, per la durata di due mesi; vi sono ammessi medici aspiranti al posto di ufficiale sanitario e laureati e diplomati vari. Tasse complessive L. 303,10 e L. 380 rispettivamente. Modalità consuete. Chiedere annunzio.

Corso complementare sulla tubercolosi.

Nella seconda metà del corrente febbraio e nella prima del prossimo marzo si terrà nella R. Clinica medica della R. Università di Cagliari, diretta dal prof. Luigi Ferrannini, un corso accelerato sulla diagnostica e terapia della tubercolosi, sotto gli auspici del Sindacato Medico Fascista, e per i laureati in medicina.

Il corso avrà un indirizzo rigorosamente pratico con lezioni ed esercitazioni pratiche fatte a gruppi nella R. Clinica medica, nel Tubercolosario e nei Dispensari antitubercolari della città. Alla fine di esso sarà rilasciato un attestato a coloro che lo avranno assiduamente seguito.

Presentare domanda, insieme col certificato di laurea e la tassa di cento lire, alla Clinica suddetta.

La prima riunione è fissata per le ore 16 del 19 febbraio nella R. Clinica Medica.

Nel giornalismo medico.

Si è avviata la pubblicazione dei « Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie », diretti dai professori A. Bostroem e J. Lange di Monaco, editi da Georg Thieme di Lipsia, a periodicità mensile. Hanno lo scopo di prospettare i problemi generali nel campo neuro-psichiatrico.

Il primo fascicolo contiene tre pregevoli articoli riassuntivi: « Lesioni non sistematiche del midollo, delle radici spinali e degli involucri » di E. Guttmann; « Progressi della psicoterapia » di A. Kronfeld; « Le psicosi endogene » di G. Ewald. L'abbonamento importa 6 Gm. ogni trimestre.

Ha iniziato le pubblicazioni « The Journal of the College of Surgeons of Australasia », il quale pubblica gli atti della Società, raccoglie memorie dei chirurgi dell'Australia e della Nuova Zelanda e stabilisce rapporti culturali con i confratelli di altri Paesi. La redazione ha sede alla Printing House, Seamer Street, Glebe (New South Wales, Australia). L'amministrazione ha sede al College of Surgeons of Australasia, Collins Street 13, Melbourne (Australia).

« El Siglo Médico », l'importante periodico di Madrid, diretto con tanta competenza dal nostro amico dott. don Carlos Maria Cortezo, ha festeggiato il suo 75° anniversario. Prossimamente pubblicherà un numero speciale commemorativo. Felicitazioni.

Un numero monografico sull'alimentazione, la nutrizione e le diete.

È stato pubblicato da « American medicine », per il mese di novembre, un grosso fascicolo di oltre 200 pagine, con 29 articoli originali, divisi in tre sezioni: i fattori nutritivi, la dietetica generale e quella speciale. Nella prima troviamo, fra l'altro, trattati il latte, le vitamine, il pane integrale, le sostanze minerali nel metabolismo. Nella seconda, l'influenza della nutrizione sulla salute generale, l'effetto del modo di mangiare sulla digestione. Nella terza, la più ampia, le diete speciali per i bambini, per i diabetici, per le insufficienze miocardiovascolari, le manifestazioni cutanee in rapporto con i disturbi del tubo gastro-intestinale, ecc. Completano il numero 16 cenni bibliografici di libri sulla nutrizione e le diete ed altre brevi notizie, sempre sullo stesso argomento.

La fiera di Milano.

La Fiera di Milano è alla vigilia della sua decima manifestazione che avrà luogo dal 12 al 27 aprile 1929. La Fiera può dirsi completa in tutte le branche del lavoro, compreso il campo sanitario, dall'alimentazione agli strumenti scientifici.

Il palazzo dello Sport, che costituisce una delle più ampie e più fastose sedi costruite all'uopo in Europa, ospiterà l'annuale Mostra dello Sport comprendente i più svariati articoli sportivi. Qui avranno luogo, durante i quindici giorni della Fiera, numerosi concorsi.

Le nazioni estere, che tanto contributo portano alla più grande Fiera italiana, interverranno come al solito compatte per presentare la ricchezza del loro lavoro e dei loro prodotti.

Per aderire meglio alle necessità degli espositori e a tutte le richieste che quotidianamente le vengono rivolte, la Segreteria ha creduto opportuno di riunire tutti gli uffici nella sede stessa della Fiera.

L'esercizio della medicina nel Marocco francese.

È stato recentemente sottoposto ad una nuova regolazione. Carattere essenziale di essa è che vengono ammessi a praticare gli stranieri abilitati nel loro paese d'origine, conformemente al principio della reciprocità che forma la base dell'organizzazione del Protettorato.

Si è ora pubblicato l'elenco dei medici che erano autorizzati a praticare il 1° gennaio 1928: essi risultano in numero di 143, esclusi i medici militari e funzionari; 121 erano francesi e 22 stranieri.

Un nuovo minerale radioattivo?

Il dott. Werner Kolhoerster, di Berlino, ha scoperto dopo lunghe ricerche un nuovo minerale radioattivo, più potente del radio, da lui chiamato « kalium ». Il « kalium » si trova negli schisti delle miniere di salgemma in quantità assai più abbondanti del radio.

Il dott. Kolhoerster è riuscito a provare la esistenza di raggi « gamma » nelle irradiazioni del « kalium » in quantità maggiore e forniti di forza penetrante più potente di quelli del radio.

Donazioni e lasciti.

Il celebre drammaturgo Marco Praga ha lasciato morendo il suo patrimonio all'Ospedale Maggiore di Milano, il quale deve però provvedere ad alcuni legati, tra cui uno di L. 25.000 alla Casa di riposo dei musicisti.

Calendario dei Congressi medici.

1929.

Marzo.

25-27. Bordeaux: XXIV Riunione dell'Associazione degli anatomici (in comune con l'« Anatomical Society of Great Britain and Ireland »). Rivolgersi al Prof. J. Sabrazès, rue Paul-Bert 8, Bordeaux.

Aprile.

3-6. Lione: IV Riunione della Commissione internazionale permanente sulle malattie del lavoro. Segr. gen.: prof. Etienne Martin, rue du Plat 10, Lyon.

3-8. Barcellona: XXXIII Congresso degli Alienisti e Neurologi di lingua francese. Segr. gen.: Dr. Emilio Mira, Bruch 32, Barcelona. (V. fasc. 44 del 1928).

11-13. Parigi: VI Congresso Internaz. delle dottoresse in medicina. Segr.: M.me le Dr. Requin, avenue Emile Zola 154, Paris. (V. fasc. 1).

14-15. Lilla: Riunioni mediche franco-belghe.

24-26. Dublino: VII Congresso dell'Associazione britannica di Ginecologia ed Ostetricia. Segret. gen.: Dr. L. Cassidy, Fitzwilliams square 24, Dublin, Irlanda.

21-30. Parigi: « X Salon des Médecins ». Segr.: Dr. P. Rabier, rue Lecourbe 84, Paris.

Maggio.

6-11. Londra: IV Congresso internaz. di medicina e farmacia militari. Segr. gen.: Major médecin Vouchen, Hôpital militaire, Liége, Belgio. (V. fasc. 1 e 2).

9-11. Milano: XXV Congresso della Soc. Ital. di Dermatologia e Sifilografia. Segr. gen.: Prof. V. Montesano, Campo Marzio 69, Roma.

15-20. Parigi: I Congresso internazionale dell'aviazione sanitaria. Segr: gen.: Dr. Descomps, rue de Lille 44, Paris (VIIe). (V. fasc. 48 del 1928).

29. Parigi: X Riunione neurologica annuale.

Data indet. Firenze: Mostra Italiana di Storia della Scienza. Segr. gen.: Prof. Andrea Corsini, Firenze.

Data indet. Parigi: XIV Congresso di medicina legale dei medici di lingua francese.

Data indet. Parigi: XII Congresso francese di oftalmologia.

Data indet. Clermont-Ferrand: Giornate termali.

Giugno.

13-15. Atlantic City: I Congresso internazionale ospedaliero. Segr. gen.: Dr. E. Lewinski-Corwin, East 103d street 2, New York. Commissario per l'Europa: Dr. René Sand, avenue Vélasquez 8, Paris. (V. fasc. 44 del 1928).

22-26 Bruxelles: IX Sessione delle Giornate Mediche di Bruxelles. Segr. gen.: Dr. René Beckers, rue Archimède 36, Bruxelles.

Seconda metà. Roma: Congresso mondiale bibliografico. (V. fasc. 4).

Data indet. Ginevra: Comitato internazionale per il benessere dei marittimi.

Luglio.

13. Zeebrugge: Inizio della Crociera di « Bruxelles-Médical » verso il Circolo Polare. Segr. gen.: Dr. Raoul Bernard, rue Froissart 62, Bruxelles. (V. fasc. 5).

22-27. Varsavia: VII Congresso della Società Internazionale di Chirurgia. Segr. gen.: Dr. L. Mayer, rue de la Loi 72, Bruxelles. Delegato per l'Italia: Prof. R. Alessandri, R. Clinica Chirurgica, Roma. (V. fasc. 45 del 1928).

22-27. Parigi: Settimana internazionale della luce. Segr. gen.: Dr. Dufestel, boulevard Pereire 15-bis, Paris (16me) (V. fasc. 4).

Agosto.

14-24. Honolulu: Conferenza pan-Pacifica di Chirurgia. Segr.: Dr. George W. Swift, Seatle, Calif. S. U. d'A. (Vedi fasc. 4).

25-27. Parigi: IV Congresso dei dermatologi e sifilografi di lingua francese. Segr. gen.: Dr. Cl. Simon, avenue Malakoff 104, Paris.

Data indet. Recife: V Congresso brasiliano di igiene. Segr. gen.: Dr. João de Barros Barreto, Direcc. gen. Sanidad, Rio de Janeiro.

19-23. Boston: XIII Congresso internaz. di fisiologia. Segr. gen.: Proff. Edwin J. Cohn e Alfred S. Redfield, Johns Hopkins University, Baltimore, Md., S. U. d'A. (V. fasc. 34 del 1928).

Settembre.

5-13. La Aja: Congresso internaz. di Oftalmologia. Segr. gen.: Prof. W. P. C. Zeamon, Wilhelmina Hospital, Amsterdam, Olanda. (V. fasc. 31 del 1928).

Data indet. Firenze: XVIII Assise della Società Italiana per il Progresso delle Scienze.

Data indet. Parigi: VI Congresso dei pediatri di lingua francese. Segr. gen.: Dr. Ribadeau-Dumas, rue de Ponthieu 61, Paris.

Data indet. New Haven: IX Congresso Internaz. di Psicologia. (V. fasc. 39 del 1928).

Data indet. Siena: VII Congresso dell'Associazione Naz. Fascista dell'Igiene. Segr. gen.: Dott. G. Palomba, via G. Belli 27, Roma (126).

Ottobre.

2-5. Bruxelles: VII Congresso dell'Associazione dei ginecologi e ostetrici di lingua francese. Segr. gen.: Dr. M. Cheval, rue Alphonse Hottat 16, Bruxelles. (V. fasc. 49 del 1928).

4-6. La Spezia: Congresso della Società Nazion. d'Idrologia, Climatologia, Terapia fisica e Dietetica. (V. fasc. 4).

7-10. Parigi: XXXIX Congresso dell'Associazione francese di chirurgia. Segr. gen.: Dr. Grégoire, rue de l'Université 20, Paris. (V. fasc. 44).

8-10. Parigi: XXIV Congresso francese d'urologia. Segr. gen.: Dr. Pasteau, avenue de Villars 13, Paris (7me).

11-12. Parigi: XI Congresso francese d'ortopedia. Segr. gen.: Dr. Mathieu, rue Veneau 74, Paris.

15-17. Montpellier: XX Congresso francese di medicina. Segr. gen.: Prof. Rimbaud, rue Levat 1, Montpellier. (V. fasc. 2).

22-29. Parigi: VI Congresso di stomatologia. Segr.: Dr. Leclercq, boulevard de la Madeleine 9, Paris (8me).

Data indet. Genova: XXXV Congresso della Società Ital. di Med. Int. Segr. gen.: Prof. G. Sabatini, R. Clinica Medica, Roma. (V. fasc. 47 del 1928).

Data indet. Genova: XXXVI Congr. della Soc. Ital. di Chirurgia. Segr. gen.: Prof. R. Brancati, R. Cl. Chirurg., Roma. (V. fasc. 45 del 1928).

Data indet. Genova: XX Congr. della Soc. It. di Ortopedia. Segr. gen.: Prof. S. Krainz, R. Clin. Ortopedica e Traumatologica, Roma.

Data indet. Genova: VIII Congr. della Soc. Ital. di Urologia. Segr. gen.: Prof. E. Mingazzini, R. Clin. Chirurgica, Roma. (V. fasc. 47).

Data indet. Roma: XXVIII Congr. della Soc. It. di Ginec. e Ostetr. Segr. gen.: Prof. C. Micheli, via XX Settembre 68, Roma.

Data indet. Roma: XVIII Congresso Stomatologico Italiano. Segr. gen.: Prof. A. Piperno, p. San Bernardo 108-A, Roma.

Data indet. Parigi: I Congresso della Società Internaz. di Microbiologia. Segr. gen.: Prof. R. Kraus, Sieroth. Institut, Zimmermanngasse 3, Wien (IX). Delegato per l'Italia: Prof. S. Belfanti, I. S. M., via Darwin 20, Milano (120).

Data indet. Parigi: XVIII Congresso francese d'oto-rinolaringologia.

Data indet. Parigi: XXI Congresso d'igiene. Segr.: Dr. Dufaure, Institut Pasteur, rue Dutot 25, Paris (15me).

Data indet. Ginevra: Lega delle Società della Croce Rossa, Unione internazionale contro il pericolo venereo, Conferenza comune e Riunione plenaria per le questioni d'igiene e di benessere dei marittimi.

Data indet. Madrid: II Riunione della Federazione della Stampa Medica Latina. Segr. gen.: Dr. F. Coca, Lagasca 38, Madrid.

Novembre

12-15. Buenos Aires: I Congresso Argentino di Chirurgia. Segreteria: Santa Fe 1171, Buenos Aires. (V. fasc. 44 del 1928).

Data indet. Bordeaux: III Congresso delle Società francesi d'oto-neuro-oftalmologia.

Data indet. Le Havre: Congresso dell'Associazione francese per il Progresso delle Scienze.

Autunno: Convegno italiano sulla malaria. Segret.: Prof. L. Ficacci, Corso Vitt. Em. 168, Roma (16). (V. fasc. 5).

Autunno (o primavera 1930). Madrid: II Congresso internaz. sul cancro. (V. fasc. 42 del 1928).

1930.

Maggio. 19-21. Algeri: II Congresso Internaz. sulla malaria. Segreteria gen.: Institut Pasteur, Alger.

Primavera. Milano: II Congresso ital. di scienza assicurativa. (V. fasc. 45 del 1928).

Data indet. Bruxelles: XIV Conferenza Internaz. della Croce Rossa. (V. fasc. 47 del 1928).

Questo elenco verrà ulteriormente aggiornato. I segretari dei Comitati organizzatori sono pregati di mettersi in rapporto con l'ufficio di cronaca del nostro periodico.

La rubrica dell'Amministrazione.

Giudizi e apprezzamenti dei lettori.

La modesta opera nostra e quella vigile e illuminata della Direzione mai hanno avuto, come ora, così pieno riconoscimento da parte dei numerosi lettori del Policlinico, *i quali, nell'inviare la quota di abbonamento, colgono l'occasione per esprimerci il loro unanime consenso ed i più lusinghieri incitamenti.*

Nostro vivo desiderio sarebbe di riportare tutte queste sincere manifestazioni; ma la ristrettezza dello spazio ce lo impedisce.

Ci limitiamo perciò a pubblicare alcuni dei giudizi pervenutici.

Il dott. Lino Braile, di Fascineto, scrive:
« Sono entusiasta del suo giornale; esso rap- « presenta il viatico per il povero medico gene- « rico, lontano dai centri culturali ed è per lui « il buon compagno di lavoro. Il ricco indice, « così particolareggiato, fa poi del « *Policli-* « *nico* » una vera opera scientifica la cui testata « è degna di comparire nelle migliori biblioteche « mediche. Dall'America manderò a rilevare alla « fine di quest'anno l'intera annata 1929 che mi « auguro sarà come sempre ricca di progresso « scientifico ed abbonderà di cognizioni utili per « i lettori. Coi migliori ossequi invio un caro sa- « luto alla famiglia del « *Policlinico* », saluto che « non deve essere inteso quale distacco, ma di « maggiore attaccamento al foglio che, come di « dovere, diffonderò fra i colleghi ».

✦✦

Il dott. Gaetano Lizio Bruno, di Pistoia, scrive:
« Nel mentre Le confermo il mio vivissimo at- « taccamento per l'aurea rivista del « *Policlinico* », « la guida sapiente ed inseparabile del medico « pratico, porgo i migliori auguri a Lei ed al be- « nemerito personale della Redazione, che con rara « abnegazione attende alla compilazione delle Ri- « viste mettendo al corrente dei progressi nel « campo delle varie branche della medicina il « lettore ».

✦✦

Il dott. Pasquale Marzano, di Scansano, scrive:
« Confermo ancora una volta la mia adesione « entusiastica al più bel Giornale di medicina, che « non cesso mai di raccomandare ai colleghi di « condotta come il compagno indivisibile e indi- « spensabile ».

✦✦

Il dott. Angelo Marsella, di Maglie, scrive:
« Mantenendomi sempre fedele al « *Policlinico* », « grande ausilio e guida per noi medici pratici, « faccio i migliori auguri per una sua sempre « maggiore diffusione.

✦✦

Il dott. Niccolò Tarantino, di Modugno, scrive:
« Saluti augurali per Lei e per il « *Policlinico* », « che è un periodico di medicina e chirurgia im- « prontato a severità scientifica e sempre aggior- « nato ».

✦✦

Il dott. Alberto Fienga, di Scafati, scrive:
« Mi affretto a farvi giungere l'importo del mio « abbonamento per il 1929 alle tre Sezioni del vo- « stro bel « *Policlinico* ». Sono forse uno dei più « vecchi abbonati e ci tengo ad esserlo perchè è « una rivista che migliorando ogni anno, soddi- « sfa per tutti il sapere medico attuale ».

✦✦

Il dott. Luigi De Marchi, di Meolo, scrive:
« Rinnovo abbonamento per il 1929 alla Sezio- « ne Pratica del « *Policlinico* », che è sempre il « migliore giornale medico che io conosca ».

✦✦

Il dott. Vitaliano De Petrillo, di Ausonia (Frosinone), scrive:
« Nel rimettere l'importo del mio abbonamento, « prego scusarmi del ritardo e credermi l'abbo- « nato più affezionato al suo valoroso e veramente « utile giornale medico ».

✦✦

Il prof. Enrico Anau di Torino, scrive:
« Sempre grato al « *Policlinico* » per i continui « miglioramenti e per la varietà del suo conte- « nuto, denso di notizie interessanti per tutti i « medici ».

✦✦

Il dott. Annibale Brignolo, di Revigliasco, scrive:
« Invio importo per rinnovo di abbonamento « al « *Policlinico* » Sezione Pratica e a « *La Cli-* « *nica Ostetrica* », sempre bene augurando al suc- « cesso delle due ottime e indispensabili Riviste ».

✦✦

Il dott. Guido Treves, di Pralungo, scrive:
« Anche quest'anno Le invio il mio abbonamen- « to per il suo indispensabile giornale, mio com- « pagno fedele e necessario ormai da tanti anni ».

✦✦

Il dott. G. B. De Lorenzi, di Intra, scrive:
« Rinnovando il mio abbonamento Le mando i « migliori auguri per la utile, chiara e completa « pubblicazione medica, veramente pratica ».

✦✦

Il dott. Arturo Antognoli, di Morro d'Alba (Ancona), scrive:
« Mi affretto ad inviarLe la mia quota per il « rinnovamento dell'abbonamento all'apprezzatis- « simo « *Policlinico* » per il 1929. Esso, come sem- « pre, resta il migliore giornale di cultura e di « aggiornamento scientifico ».

✦✦

Il dott. Augusto Cassano, di Cannobio, scrive:
« Ecco il mio abbonamento pel 1929 al suo « *Policlinico* » che è il vero compagno scientifico « di noi medici pratici lontani dai centri di stu- « dio ».

✦✦

Il dott. G. Salimeni, di Napoli, scrive:
« Mando la mia XXXVI rinnovazione al « *Policlinico* » che non lascerò mai e che continuerò a diffondere fra i colleghi, perchè il vero giornale indipendente e pel cui abbonamento spendo volontieri, preferendolo alla colluvie di riviste che pervengono gratuitamente ».

A tutti indistintamente coloro che con tanta simpatia mostrano di apprezzare il nostro assiduo lavoro, vadano i sensi più vivi della nostra gratitudine.

L'Editore.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Riforma Med., 5 gen. — O. FRAGNITO. Tumore dell'angolo ponto-cerebellare felicemente operato.

Acta Dermato-Venereol., 4. — K. GAWALOWSKI e O. VALENTONA. Il dosaggio dei raggi X in dermatologia e le due unità « R. ».

Ann. di Ostetr. e Ginecol., 31 dic. — G. DOSSENA. Azione ecbolica dell'istamina sull'utero gravido. — G. REVOLTELLA. Il sistema ret.-endot. in gravidanza.

Arch. di Antropol. crimin., ecc., sett.-ott. — G. BIANCHINI. Ossigenazione e riduzione dell'emoglobina nel cadavere. — C. MANGILI. Istochimica della putrefazione e problema cronologico della morte.

Brit. Med. Journ., 12 gen. — H. S. SOUTTAR. Tumori cerebrali.

Lancet, 12 gen. — S. V. PEARSON. Trabocchetti nella diagnosi di tbc. polm.

Gaz. des Hôp., 12 gen. — E. LEURET e J. COUSSIMON. La tbc. polm. chiusa.

Paris Méd., 12 gen. — J. VALTIS. Gli elementi filtrabili del bacillo tbc.

Münch. Med. Woch., 11 gen. — GRUND. Basi psicologiche dell'anamnesi. — GEERHARDT. Traumatismi da ski.

Mediz. Klin., 11 gen. — A. ELSCHCIG. Diabete e malattie oculari.

Giorn. di Med. Milit., gen.-feb. — D'AMBROSIO-CASSINIS. Disturbi funzionali del cuore in rapporto al servizio milit. — LOVAGLIO. Piccola insufficienza cardiaca. — MESTICA. Frattura di Stieda.

Journal A. M. A., 12 gen. — B. CROTHERS. Meccanismo del travaglio. — A. SOILAUD e al. Piombo colloidale associato a radium e raggi X nel trattam. dei tumori mal. — A. PETERSON. Ascesso prostatico.

Riforma Med., 17 gen. — A. CHILLÀ e E. MARAGLIANO. Rivendicaz. italiana: ormono-terapia epatica. — G. SANTUCCI. Ipertensione venosa costituzionale e albuminuria ortostatica.

Riv. di Neurol., dic. — C. GIORDANO e L. LEVI. Neuroassite infettiva disseminata. — U. POPPI. Sindrome anatomo-clinica conseguente a lesione dell'arteria coroidea anter.

Ann. de Méd., dic. — P. SAINTON e al. Sindrome cardio-renale e ipotiroidismo.

Riv Ospedal., dic. — R. SABATUCCI. Mezzi moderni di cura delle uretriti.

Mediz. Welt., 26 gen. — C. WEIS-. Neurite influenzale. M. COHN. Roentgenstereoscopia.

Minerva Med., 20 gen. — P. SISTO. Acromegalia e neuribromatosi di Recklonghausen.

Proc. R. Soc. Med., gen. — Discussione sulla fibrosi polmonare nell'infanzia. — Casistica.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., gen. — A. C. DANNEMANN. Reazioni nervose e mentali al veronal. — N. SAVINTSKY. Sintomatologia vegetativa nelle neurosi. — S. E. JELLIFFE. Crisi oculogire post-encefalitiche.

Amer. Journ. Med. Sc., gen. — J. FRIEDENWALD e al. Lavori vari sull'ulcera peptica. — E. M. MEDLAR. Variazioni leucocitarie in soggetti normali. — W. U. McCLENHAHM. Adenoma delle isole di Laugerhans con ipoglicemia. — J. A. CLARKE. Pericardite tubercolare clinicam. primatica.

Amer. Med., dic. — R. L. JONES. Avitaminosi e resistenza alle malattie. — J. W. TORBOTT. L'alimentaz. efficiente. — W. SCOTT HALL. Alcool e nutrizione.

Clinica Chirurg., nov. — G. C. PERACCHIA. Il sistema ret.-endot. nel processo di riparaz. delle fratture. — A. BOTTO MICCA. Fratture traumatiche della milza.

Journ. A. M. A., 29 dic. — B. L. CECIL e W. D. SUTLIFF. Trattam. della polmon. con siero antipneumococc. concentrato. — R. D. MUSSEY e N. K. KEITH. Nefrosi in gravid. — E. L. EGGLESTON. Coliti spastiche.

Riforma Med., 10 dic. — G. SANARELLI. Spirochetosi itterigene. — A. FERRANNINI. Predisposizione, eredità, contagio nella tbc. — R. PAOLINI e P. COCUZZA. Tiemia nel diabete.

Riv. Ital. di Ginec., dic. — A. SCONTRINO. Metropatie. — G. ALBANO e U. NUVOLI. Il tubo diger. nello stato gravidico e puerperale.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp

ANNO XXXVI — Roma, 18 febbraio 1929 — Num. 7

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Anatomia Patologica della R. Università di Roma
diretto dal prof. ANTONIO DIONISI

OSPEDALE S. GIOVANNI - CORSIA MAZZONI.
Primario: prof. PAOLO ALESSANDRINI.

Contributo allo studio della leucemia acuta. Poliartrite acuta anemizzante seguita da mielosi acuta leucemica.

Dott. GIOVANNI RIZZO, assistente.

E' noto esistano emopatie, le mielosi e linfoadenosi acute, con decorso simile ad una sepsi, che conducono a morte in poche settimane, il cui reperto ematico più notevole consiste nella presenza prevalente di cellule bianche immature. Si sono distinte da esse le aleucie, che molto simili per il decorso clinico, si caratterizzano per il reperto ematico, in cui scarseggiano enormemente i granulociti. Dai più si ammette che le mielosi e linfoadenosi acute abbiano molti punti di contatto colle mielosi e linfoadenosi croniche, e siano anzi processi sotto molti rapporti identici: così si è indotti a credere specie per il fatto che leucemie croniche possono divenire improvvisamente acute. La eziologia è assai mal nota: esistono forme che recentemente si sono messe in rapporto a danno midollare di natura tossica (aleucie da salvarsan). Per la eziopatogenesi delle leucemie in genere si avanzano molte ipotesi che con varia fortuna si contendono il campo: ipotesi di un'origine neoplastica, infettiva specifica, infettiva non specifica, da disturbi umorali, da squilibrio endocrino; fra queste, almeno per quel che si riferisce alle forme acute, la più mensionata è la eziologia riferibile a causa infettiva. Che i leucemici acuti muoiano per complicanze infettive locali e generali nulla prova quanto all'origine

del processo, perchè tali disturbi conseguono ad una invasione tumultuosa di microrganismi patogeni in seguito allo annullamento quasi totale delle difese organiche. Non sono rari tuttavia i casi nei quali una sindrome leucemica acuta è preceduta da infezioni (es. tonsillite): ciò non costituisce un nesso necessario di causa ad effetto, ed a voler sottilizzare, la stessa manifestazione infettiva potrebbe essere conseguenza delle diminuite difese organiche, difese che sarebbero diminuite dalla causa X che produrrà poi la leucemia. A volte però la sindrome leucemica si dimostra talmente connessa colla localizzazione infettiva che la ha preceduta, che è difficile non vedere in questa la sua causa efficiente o determinante, quand'anche si dovesse invocare come concausa una debilità del sistema mieloide.

Nel 1905 lo Sternberg, basandosi su osservazioni cliniche ed anatomiche, cercò di dimostrare che nelle leucemie acute con presenza nel sangue di elementi mieloidi, questi dovessero essere interpretati qual reazione secondaria midollare alla malattia infettiva che costituiva il quadro dominante, e che poteva essere di eziologia diversa (sepsi da streptococco, polmonite, ecc.), paragonando la reazione leucemica alla leucocitosi che avviene nella maggior parte delle malattie infettive, e ritenendo che la speciale reattività midollare in certi individui potesse spiegare la mielemia. Da queste sindromi separò nettamente quelle a reazione linfoblastica, classificandole fra la leucosarcomatosi. Molto è oggi discusso il concetto di Sternberg, e numerosi autori fra i quali Ferrata, Ghiron, ritengono che la reazione midollare a malattia infettiva possa bensì provocare la immissione in circolo di numerosi elementi immaturi, ma questi sono elementi normali, quali i mielociti, capaci di normale funzione, che dimostrano evidente tendenza alla maturazione verso i metamielociti ed i polinucleari, i quali ultimi sempre sono aumentati di numero e prevalgono, sia in senso assoluto che relativo: mentre che nelle leucemie mieloidi prevalgono gli elementi atipici, che non hanno la capacità di evolvere verso le forme mature, e diminuiscono in senso assoluto e relativo i polinucleari. Nelle leucemie inoltre sono evidenti e prevalenti le alterazioni del sistema mieloide, che si dimostrano gravi ed irreparabili, sicchè, quand'anche si voglia ammettere la più varia origine microbica, è duopo riconoscere che l'offesa del sistema emopoietico da parte degli agenti tossi-infettivi è nei processi leucemici ben differente, per intensità e forma dalla semplice reazione leucemoide.

Variamente è pure interpretata la importanza del trauma circa l'insorgere del processo leucemico; numerose sono le osservazioni nell'ultimo ventennio, e da uno sguardo dato alla letteratura sull'argomento si vede trattarsi di traumi ledenti la milza, o la regione della milza, o scuotenti tutto il corpo, o ledenti le ossa, o provocanti gravi perdite di sangue. Recentemente Martinelli, Stefanelli riferiscono due casi di leucemia mieloide acuta, insorta dopo grave trauma toracico. Occorre però riconoscere che l'intima essenza del rapporto fra trauma e sindrome leucemica ancora ci sfugge, e ci si debba limitare alla sola constatazione clinica interpretando per ora il trauma qual fattore occasionale o acceleratore della mielosi acuta.

Per la sua rarità, e perchè si presta a considerazioni di qualche interesse riferisco il seguente caso di mielosi acuta leucemica.

Caso clinico. — L. Santa, anni 22, cameriera, entrata in ospedale il 3 gennaio 1927, morta il 7 febbraio 1927.

Padre morto di tifo; la madre vivente e sana ha avuto 5 gravidanze a termine, non aborti: null'altro d'importante nel gentilizio.

La paziente soffrì nell'infanzia la rosalia, nel 1925 la polmonite crupale. Mestruata a 14 anni: flussi sempre regolari.

Al principio del novembre 1926 vien colta da angina febbrile, durata circa 4 giorni e manifestatasi con mal di gola, difficoltà di deglutizione e di respiro: poi i sintomi anginosi si attenuano, ed insorge dolore intenso all'articolazione tibiotarsica destra, accompagnato da notevole tumefazione dell'articolazione stessa. Ben presto si manifestano disturbi simili a carico di ambedue i ginocchi e del polso sinistro, e l'inferma è tormentata da questo reumatismo vagante, che con alternative di recrudescenza e di remissione le offende le più importanti giunture. Siccome dimagrisce e impallidisce notevolmente, ed aumenta sempre più l'astenia e non trae alcun vantaggio da cure di preparati salicilici e di ioduro, chiede ricovero in ospedale.

Alvo irregolare, ora stitico, ora diarroico: minzione regolare.

Esame obbiettivo: condizioni generali apparentemente non gravi; facies pallida; decubito indifferente, preferito il supino; sensorio vigile; costituzione media; stato di nutrizione discreto; colorito pallido della cute e mucose visibili; non edemi, non efflorescenze, non cicatrici; pannicolo adiposo scarso.

Pupille normali e reagenti; lingua pallida, lievemente patinosa; a carico delle tonsille e del faringe lieve arrossamento; dentatura in buono stato; gengive poco sanguificate, di apparenza normale.

Polso 80, ritmico, a pressione piuttosto bassa; respiro 22 prevalentemente toracico; apiretica.

Sistema linfoghiandolare: piccoli gangli duro-elastici, spostabili, indolenti nella regione inguinale sinistra. Muscoli ipotonici e flaccidi; nulla di notevole a carico dello scheletro.

Torace: proporzionato nei vari diametri; simmetrico. Margini polmonari tre dita sotto l'angolo della scapola; mobili. Apici meno ampi che di norma, specie il destro. All'ascoltazione su ambedue gli apici murmure vescicolare aspro, con espirazione prolungata; sulle basi, specie a sinistra, ronchi e qualche rantolo prevalentemente inspiratorio

Cuore: itto della punta al 4° spazio sulla emiclaveare; non si percepiscono fremiti. Con la percussione la punta si delimita dietro la 5ª costola sulla emiclaveare, ed il cuore non si presenta ingrandito in alto, e non deborda a destra. Dolce rumore di soffio alla punta, che occupa il principio della sistole, e che diviene sempre più evidente e più lungo man mano che si va verso la base. Il secondo polmonare si percepisce abbastanza vibrato.

Addome: non globoso, trattabile, indolente; la milza ed il fegato si presentano di grandezza, forma, e con caratteri normali.

Articolazione tibio tarsica destra: ginocchio destro, polso sinistro debolmente tumefatti e debolmente dolenti, specie in corrispondenza all'interlinea; ginocchio sinistro tumefatto e dolentissimo, coperto da cute più calda di quella vicina; non si vedono più nella regione le normali depressioni, i fondi ciechi sinoviali sono discretamente distesi; all'esplorazione della rotula si apprezzano anche scricchiolii. I movimenti attivi sono limitatissimi, i passivi meno limitati degli attivi, e molto dolorosi.

Esame ginecologico: virgo.

Esame rettale: nulla di particolare.

Esame di laboratorio: la ricerca del gonococco, e per via vaginale e per via rettale, riesce negativa.

Esame delle urine: albumina assente; zucchero assente; sedimento; qualche cellula delle basse vie, qualche leucocito, scarsi fosfati.

Esame del sangue: globuli rossi 3 milioni e 200.000, globuli bianchi 20.000, piastrine 120.000; all'esame dello striscio anisocitosi e poichilocitosi marcata, qualche raro mielocita. Formula leucocitaria: polinucleari 86 %; linfociti 7 %; mononucleari e forme di passaggio 5 %; mielociti 2 %.

Wassermann: negativa.

Emocultura: negativa.

Radioscopia del torace: negativa.

Decorso. — Il giorno dopo l'ingresso in ospedale la paziente vien colta da una nuova ripresa di dolori articolari che offendono le ginocchia, il polso sinistro e pure il polso destro che fino allora era rimasto illeso; le articolazioni si tumefanno e procurano atroce sofferenza condannando l'inferma alla immobilità più assoluta. All'esame del ginocchio sinistro si rileva netto il ballo della rotula. Con la nuova riacutizzazione dolorosa insorge uno stato febbrile, che, modico all'inizio, sale in seguito fino a dare una curva intorno ai 39 gradi, a volte subcontinua, a volte con forti remissioni mattutine accompagnate da sudorazione profusa. Diminuzioni più intense della temperatura si sono avute in seguito alla iniezione di proteine eterogenee (galattobatterioproteine).

Verso la metà di gennaio l'alito diviene fetidissimo, e sulla lingua e sulle gengive compaiono ulcerazioni necrotiche, a fondo torpido, sanioso, facilmente sanguinanti, che a poco a poco ingrandiscono e crescono di numero, colpendo ambedue le tonsille, e quasi tutta la mucosa delle labbra e della bocca. La cute accenna ad una certa succulenza, e le regioni malleolari si gonfiano per edema; dolori ossei a localizzazione sternale, costale, vertebrale, particolarmente intensi durante la notte, frequenti scariche diarroiche fetide aumentano ancor più i patimenti. Il 18 gennaio sgorga pus dall'orecchio sinistro ed il giorno dopo dal destro, e l'esame otoscopico dà chiaro reperto di otite media bilaterale con sordità quasi completa. Le condizioni generali, il dimagramento, il pallore, l'anemia si aggravano, mentre che l'esame del sangue, se fa rilevare una diminuzione sempre più grave dei globuli rossi, con alterazione della loro forma e della loro grandezza, ed un aumento dei globuli bianchi oscillante intorno ai 23.000, non mostra nessun elemento patologico fino al giorno 20 gennaio (12 giorni dunque dopo l'inizio della nuova ripresa articolare, e 5 giorni dopo la comparsa della stomatite necrotica). L'esame del sangue praticato il giorno 20 dà il seguente reperto: presenza di alcuni elementi immaturi della serie rossa e di numerosissimi della serie bianca; numerosi i mieloblasti, i mielociti, gli emocitoblasti; qualche eritroblasto, qualche megaloblasto; marcata anisocitosi e poichilocitosi. Dei globuli bianchi che costituiscono il reperto caratteristico sono da considerare i seguenti gruppi di forme: 1) leucociti a nucleo polimorfo neutrofili, con scarse granulazioni, ed irregolari nella forma e nella grandezza; 2) alcuni polimorfi basofili. Non eosinofili; 3) mononucleati con citoplasma basofilo e granuli azzurri, nucleo ovale e nucleoli in numero di 4 o 5, di varia forma e ben visibili; il nucleo occupa i due terzi dell'elemento cellulare e non presenta insenature (emocitoblasti?); 4) forme monocitiche con insenatura evidente, scarsissime granulazioni azzurrofile e protoplasma basofilo (monociti); 5) forme ovoidali grosse con nucleo rotondo, con nucleolo ben evidente, numerose granulazioni azzurre, protoplasma leggermente basofilo (promielociti); 6) mielociti basofili numerosi; 7) qualche linfocito. Non si riscontrano linfoblasti nè altre forme linfocitiche atipiche; 8) qualche cellula del Rieder.

Formula leucocitaria: polinucleari 19,5 %; monociti 0,5 %; linfociti 0,5 %; mielociti 18 %; promielociti 11 %; mieloblasti 39 %; emocitoblasti 8 %; proeritroblasti 2 %; eritroblasti 0,5 %; megaloblasti 0,5 %; cellule del Rieder 0,5 %. Nel sangue dunque oltre il 75 % di elementi patologici, che aumentano sempre più fino a raggiungere il giorno prima della morte il 95 %.

La milza e il fegato a poco a poco aumentano di volume, senza però raggiungere, nemmeno poco tempo prima della morte, dimensioni considerevoli, e si mostrano nettamente palpabili linfoglandole nelle diverse stazioni; la milza, poco prima della morte, si palpava a due dita sotto l'arcata costale, col polo inferiore liscio, arrotondato, aumentato alquanto di consistenza, indolente, raggiungendo alla percussione in alto il settimo spazio; il fegato si palpava un dito sotto l'arco, appena aumentato di consistenza, mentre che con la percussione si riconosceva in alto entro i normali limiti; pleiadi ganglionari si palpano agli inguini, ad ambedue i lati del collo, alle ascelle; glandole ingrossate, come piccoli fagiuoli, spostabili, indolenti.

Nell'ultima settimana una sindrome emorragica completa il quadro già ormai così drammatico; emorragie della cute, specie nella regione interna delle coscie e nei quadranti inferiori dell'addome, emorragie della mucosa boccale, epistassi, emorragie dai genitali, emottisi, le feci diarroiche diventano abbondantemente emorragiche. Intanto le condizioni generali deperiscono sempre più; l'anemia si fa sempre più intensa tanto che il giorno prima della morte i globuli rossi sono appena 1.200.000, i globuli bianchi salgono a 44.300, e la inferma muore alle ore 14 del giorno 7 febbraio 1927.

La reazione dell'ossidasi, praticata il giorno 20 gennaio 1927 è risultata positiva.

La Wassermann ripetuta altre due volte è risultata negativa.

La emocultura praticata quattro volte è risultata negativa.

Reperto di autopsia (non è stato possibile fare un'autopsia completa).

Cadavere di donna giovane con costituzione scheletrica regolare; stato di nutrizione scadentissima; pallore diffuso della cute e delle mucose visibili; macchie emorragiche numerose sulla superficie cutanea dell'avambraccio destro, sui quadranti inferiori dell'addome, sulla superficie interna delle cosce.

Cervello: non si rinvengono alterazioni macroscopiche degne di nota.

Apparato respiratorio: *Polmone destro*: bronco-polmonite cangrenosa del lobo superiore con la superficie pleurica cosparsa di piccole chiazzette biancastre che potrebbero essere interpretate o come infiltrazioni leucemiche o come piccoli accessolini ai quali poi seguirebbe la necrosi. Aderenze fibrinose, alcune delle quali molto resistenti. *Polmone sinitro*: pallido, anemico, con reperto di bronchite purulenta diffusa.

Cuore: pallido, flaccido; nessuna alterazione degli apparecchi valvolari.

Apparato urinario: reni di grandezza presso a poco normale, di colorito pallido.

Fegato: modicamente aumentato di volume e di consistenza; capsula poco ispessita ed opacata.

Milza: anch'essa modicamente ingrossata; ha conservato la sua forma, ma la sua consistenza è alquanto aumentata; la capsula è debolmente tesa; la superficie di sezione appare di colorito grigio rossastro con un grosso nodo biancastro della grandezza di una nocciola nel polo superiore, probabilmente da infarto. Peso 270 grammi

Midollo osseo: il femore spaccato presenta una degenerazione molto avanzata del midollo in midollo rosso.

Ghiandola linfatica: (*ascella*): alquanto ingrossata, ben limitata dalla capsula; di consistenza duro-elastica; la superficie di sezione è di un colorito grigio roseo, e con la raschiatura si ottiene succo piuttosto scarso.

Esame istologico:

Cervello: nei capillari cerebrali è considerevole il numero dei globuli bianchi che in essi si rinvengono in rapporto ai globuli rossi; le guaine linfatiche perivasali sono notevolmente rigonfie. Le cellule nervose della corteccia cerebrale sono ben conservate nei loro strati, così pure la glia e le fibre nervose; la meninge non presenta infiltrazione di elementi linfoidi; non si rinvengono emorragie nè nella sostanza cerebrale, nè nelle meningi. Non si osserva neuronofagia.

Polmoni: all'esame del polmone si rileva una iniezione considerevolissima dei capillari della parete alveolare con elementi linfoidi; nell'interno degli alveoli si riscontra un essudato fibrinoso con elementi cellulari del tipo dei linfociti e numerosi elementi epitelioidi desquamati. In alcuni alveoli spiccano masse fibrinose dense occupanti talora tutta la cavità alveolare. Si rinvengono ancora tratti di polmone con essudato emorragico.

Cuore: nei vasi del cuore numerosissimi appaiono i leucociti contenuti specialmente nei capillari più fini, decorrenti tra le fibrille muscolari. La striatura delle fibre muscolari è perfettamente conservata ed in qualche tratto si osservano infiltrati emorragici che scindono il sincizio delle fibrille. Nel grasso sotto-epicardico non si notano alterazioni.

Rene: l'esame dei reni dimostra infiltrato modico leucemico intorno ad alcuni tubuli ed intorno ad alcuni glomeruli. L'infiltrato è anche notevole intorno ai vasi della pelvi: esso non ha carattere diffuso ma solo a focolai. Gli elementi epiteliali sono ben conservati in tutte le sezioni dell'apparato secernente ed escretore: solo in qualche tubulo contorto si osserva evidente rigonfiamento torbido. In rapporto con altri reni leucemici, ove lo infiltrato talora è considerevolissimo, si può dire che in questo caso le sue proporzioni siano pressochè minime.

Fegato: Si osservano evidentissimi infiltrati leucemici negli spazi di kirenen e circondano i rami portali ed i condotti biliari diffusamente: si trovano anche focolai di elementi del tipo linfocitario, oppure non differenziati, in mezzo alle trabecole epatiche, che somigliano a focolai mieloidi: nei capillari sono contenuti numerosi leucociti del tipo mieloblastico: essi relativamente ai globuli rossi sono in alcuni tratti molto numerosi. Le cellule epatiche non presentano speciali alterazioni.

Dall'esame dei preparati di fegato sopratutto per gli infiltrati leucemici negli spazi di kirenen e per il contenuto di elementi immaturi del tipo mieloblastico nei capillari si potrebbe senz'altro porre la diagnosi di leucemia, così caratteritico appare il reperto. In alcuni tratti si veggono gli elementi del reticolo considerevolmente ingrossati e contenenti globuli rossi.

Milza: Capsula e trabecole notevolmente ispessite: i follicoli sono in alcuni tratti abbastanza evidenti, specialmente per la netta visibilità della arteria centrale. I vasi contenuti nelle trabecole sono inalterati: la polpa presenta i seni poco distinguibili: i cordoni di Billroth infiltrati da elementi del tipo mieloblastico: si rinvengono qua e là emorragie e numerose cellule globulifere tra gli elementi della polpa. Nelle zone di infarti si nota necrosi del parenchima splenico ed iperemia ed emorragie alla periferia. Ispessimento delle trabecole e della capsula, focolai leucemici estesi della polpa con scarsa visibilità dei seni compressi dalle formazioni leucemiche, infarti emorragici nella polpa e presenza in questa di numerose cellule globulifere caratterizzano il reperto.

Midollo osseo: si notano numerosissimi gli elementi della serie midollare: si osservano emocitoblasti, mieloblasti, promielociti: si riscontrano ancora elementi della serie rossa maturi ed immaturi (eritrociti orto- e policromatici. con corpi di Jolly, con corpi di Cabot, con granulazioni basofile, eritroblasti, qualche megaloblasto). Questi elementi cellulari sparsi in un reticolo molto sottile, abbastanza ricco di cellule, qua e là infiltrano le pareti dei vasi del midollo, sia i capillari, che le grosse vene.

Ghiandola linfatica: la ghiandola ha quasi completamente perduto la sua struttura normale, ed ha assunto un aspetto uniforme che non lascia più distinguere le diverse parti delle quali essa è costituita. I vasi sono ripieni di cellule mielocitoidi, ed all'intorno di essi si riscontrano notevoli accumuli di altre cellule mielocitoidi, che insieme confluiscono occupando tutta la ghiandola. Non si rinvengono linfociti.

CONSIDERAZIONI.

Degno di rilievo nel caso in esame, perchè non certo frequente, la lunga durata del periodo preleucemico, nel quale si notava però evidente un aumento globale dei globuli bianchi: questi non presentavano alterazioni qualitative importanti, ma con la loro discreta abbondanza nel sangue circolante, insieme ad imponente grado di anemia, denotavano già che i tessuti emopoietici dovevano esser lesi o per lo meno reagivano con maggiore o minore intensità a degli stimoli.

Per più di 50 giorni l'esame del sangue non ha fatto rilevare che una leucocitosi, a cui si può aggiungere la presenza di qualche mielocito, di qualche metamielocito, ed una certa tendenza dei polinucleari a prevalere sui linfociti nella formula.

Particolarmente importanti i fenomeni clinici: l'inferma si è ammalata con angina, cui ha seguito una poliartrite, che ha offeso le più importanti articolazioni, e che per più di due mesi ha rappresentato, insieme all'anemia ed al decadimento di forze, tutta la malattia. L'ascoltazione di un soffio sull'aia cardiaca permetteva di spiegare la grave sindrome con un'endocardite, ed a questa diagnosi aggiungeva conforto l'esame del sangue, che ha taciuto qualunque segno leucemico fino a quando lesioni necrotiche e pseudoscorbutiche, manifestazioni emorragiche non hanno dimostrato chiaro il quadro della mielosi acuta.

BIBLIOGRAFIA.

Ferrata. *Le emopatie.* Soc. Ed. Libr., Milano, 1923.
Naegeli. *Blutkrankheiten u. Blutdiagnostik.* 2 Aufl. Leipzig, 1912.
Ghiron. *Varietà cliniche della leucemia acuta.* Policlinico, Sezione medica, 1923.
Lugli. *Leucemia acuta.* Rivista ospedaliera, 1911.
Foà. *Anatomia patologica. Sangue ed organi emopoietici.* Vol. I. Unione Tip. Editr. Torino, 1920.
Landolfi. Policlinico, Sez. prat., 7 dic. 1925.
Martinelli. Ibid., 7 settembre 1925.
Stefanelli. Ibid., 18 maggio 1925.
Civalleri. Ibid., 1925.
Lorenzetti. Policlinico, Sez. med., 7 dic. 1925.
Maurice Letulle et André Jacquelin. *Contribution à l'étude de la leucémie aiguë.* Archives maladies du coeur, des vaiss. et du sang, genn. 1925.
S. Gioia. *Un cas de myélose aleucémique aboutissant par l'évolution à la myélose leucémique.* Ibid., marzo 1926.
G. Lion et J. Pernet. *De la leucémie à mononucléaires clairs.* Ibid., aprile 1927.
Ch. Vlados. *Des rapports de la leucémie myéloide et de l'anémie pernicieuse.* Ibid., luglio 1927.
J. Paroulek. *Septicémie agranulo-myéloblastique guérie par des transfusions sanguines répétées.* Ibid., ottobre 1927.
Prof. Tommaso Lucherini. *Considerazioni anatomo-cliniche sopra un caso di leucemia acuta.* Haematologica, 1926.

NOTE E CONTRIBUTI.

La dengue nei bambini

pel dott. Solone Vera
Direttore della Sezione Pediatrica
del Policlinico di Atene.

I bambini di qualunque età possono essere colpiti dalla febbre dengue. Durante l'epidemia di Atene del 1927, la quale non ebbe l'estensione di quella del 1928, ho curato in tutto 27 bambini e le mie osservazioni su questi casi furono comunicate alla Società Pediatrica di Parigi durante la seduta del 28 febbraio a. s. La mia piccola statistica di allora sarebbe così suddivisa riguardo all'età dei bambini colpiti: fino a un anno di età casi 3 (il più giovane aveva 3 mesi), da 1-2 anni casi 2, da 2-5 anni casi 6, da 5-12 anni casi 10, da 12-15 anni casi 6. Cioè avevo osservato a quell'epoca dei casi più numerosi dopo la seconda infanzia ed avevo espresso l'opinione che i lattanti erano probabilmente meno colpiti, poichè da noi i piccoli bambini sono più protetti degli altri, dato che loro dormono abitualmente sotto zanzariera.

Durante l'epidemia attuale (la quale insomma è la continuazione della precedente) avendo avuto sotto cura numerosissimi bambini, ho notato che la febbre dengue certamente non risparmiava i lattanti, quando colpiva i diversi membri di una stessa famiglia; cosicchè i casi nei bambini di 3 e 4 mesi non furono rari, anzi ho osservato la dengue anche nei lattanti molto più giovani, di cui uno aveva soltanto 8 giorni di vita.

I sintomi della malattia nei bambini sono abitualmente i seguenti: invasione improvvisa con temperatura di 39° e spessissimo 40° ed oltre, e questo alto movimento febbrile è qualche volta accompagnato da convulsioni. Queste convulsioni però non hanno niente di caratteristico; poichè nei piccoli bambini i spasimi possono presentarsi nel periodo dell'invasione di ogni altra malattia infettiva e in qualunque movimento febbrile.

Il secondo giorno abbiamo più o meno la stessa ipertermia con fluttuazioni fra 38,5° e 39° o 40°, mentre nel terzo giorno si osserva una remissione, la febbre scendendo nella mattinata fino a 37°,2 o 37°,5 ed anche spesso fino a 36° e raggiungendo la sera quella di 37°,8-38°. Il quarto e quinto giorno la temperatura oscilla di nuovo fra 39° e 40° ed il sesto giorno la febbre talora cade verso sera oppure si rialza di nuovo per sparire completamente la mattina seguente.

Questo movimento febbrile però può presentarsi anche sotto un altro tipo, quello di una febbre alta continua senza la remissione del terzo giorno, ed anche quello della forma più leggera con un'invasione meno improvvisa e con alte temperature di piccola durata. In certi casi l'ipertermia è stata notata solo durante gli ultimi due giorni della malattia, mentre in altri nei 2 o 3 primi giorni ed ha ceduto gradualmente.

La durata abituale di tutto il movimento febbrile è di 6 giorni, raramente di 5 ed eccezionalmente di 7; ho osservato però anche qualche forma abortiva coll'esantema caratteristico della dengue, in cui la febbre non ha oltrepassato i tre giorni.

Un rash iniziale può manifestarsi qualche volta nei due primi giorni della malattia, come un semplice rossore principalmente al viso, talvolta sul collo e sulle spalle ed in rarissimi casi sui membri. Tale rash non è però costante (l'ho osservato solo nel terzo dei casi) ed è spesso accompagnato da un certo rossore delle congiuntive ed un esantema del faringe.

L'esantema caratteristico della malattia si presenta nei bambini abitualmente scarlattiniforme ed in certi casi assomigliando a quello della rosalia. Ho osservato anche una volta il tipo morbilliforme.

Tale esantema appare spesso nel terzo giorno della malattia, più spesso ancora durante l'ultimo giorno, ed anche dopo la caduta della febbre. Si manifesta sul viso, sul torace (principalmente la parte superiore), sull'addome e soprattutto sugli arti; e mentre talvolta sparisce in poche ore, altre volte può durare per due giorni. L'intensità dell'eruzione non ha alcuna relazione con la gravità dell'infezione; quando l'esantema è più marcato si può osservare in seguito anche una desquamazione. In certi casi l'esantema è talmente poco notevole che può passare inosservato.

I dolori acuti caratteristici, che rappresentano uno dei sintomi principali della dengue negli adulti, non si manifestano con la stessa intensità nei bambini. Tali dolori e specialmente la cefalalgia sono osservati nei bambini più grandi; nei lattanti si nota soprattutto agitazione ed insonnia; si può osservare però in certi casi rari anche la sonnolenza.

In tutti i bambini generalmente i disturbi gastrici sono abituali; la lingua è patinata, l'alito cattivo e i vomiti sono molto frequenti, dimodochè al principio della malattia si può spesso credere che trattasi di un'affezione del tubo gastrico. Fra i sintomi abituali si devè annoverare anche l'anoressia.

Nella grande infanzia le epistassi non sono rare, anzi qualche volta l'emorragia è abbastanza forte.

Il polso segue abitualmente il movimento febbrile dell'ammalato. Nei bambini si vedono delle fluttuazioni fra 120 e 160, nei bambini grandi fra 80 e 120. La bradisfigmia è molto rara nell'infanzia; ho osservato un solo caso nell'ottobre 1927 in un ragazzo di 15 anni, il quale durante la convalescenza ha avuto 60 pulsazioni al minuto.

Una piccola tumefazione del fegato può essere osservata nei primi giorni della malattia. Nel 1927 ho visto anche due casi d'itterizia manifestatasi nel periodo di convalescenza; nel 1928 però nessuna itterizia fra i miei numerosissimi casi.

L'albuminuria è frequente durante il periodo febbrile e talvolta anche dopo; è quasi sempre transitoria e sparisce 3-4 giorni dopo la caduta della febbre.

L'esame del sangue non mi ha dato risultati identici; nel 1927, nei pochi esami che avevo fatto durante il periodo febbrile, ho trovato sempre una relativa leucopenia. Nel 1928 le mie ricerche ematologiche furono molto meno chiare, poichè in molti casi il numero dei globuli bianchi era quasi normale ed in altri si osservava una notevole leucocitosi. Anche la formula leucocitaria non era stabile; però ho trovato nel più gran numero dei casi un aumento dei linfociti.

Ho osservato due soli casi di ricaduta, il primo nel 1927 su un bambino di 4 anni, il quale dopo aver avuto tutto il quadro clinico della febbre dengue coll'esantema caratteristico ed essere stato completamente sfebbrato per 8 giorni, ha presentato nuovamente un movimento febbrile di 38°,8 che oscillando fra 37°,4 e 38° ha durato circa 36 ore, e dopo la caduta di questa nuova ipertermia ebbe sul torace e l'addome un altro esantema tipico, però meno intenso. Il secondo caso fu osservato su un lattante di 8 giorni, il quale ha avuto una dengue caratteristica e dopo 8 giorni di apiressia un nuovo movimento febbrile di una durata di 6 giorni con secondo esantema sulla parte superiore del torace e sulle braccia, e tale esantema fu seguito anche da desquamazione.

Come in qualunque altra malattia infettiva la dengue può provocare nuovi disturbi acuti nelle affezioni croniche senza manifestazioni in atto. Poi, complicazioni abituali della dengue nei bambini sono i diversi disturbi gastrici e specialmente le enterocoliti. La più gran parte dei bambini curati da me da affezioni del tubo gastrico hanno presentato di nuovo disturbi acuti, appena colpiti dalla dengue. Inoltre bambini che avevano sofferto precedentemente di adenopatia, hanno

riavuto decimi di temperatura, e questo piccolo movimento febbrile durò parecchi giorni dopo la sparizione dei sintomi caratteristici della dengue.

In generale nei bambini la malattia si manifestò sotto forma benigna, benchè loro abbiano sofferto spesso di una grande ipertermia.

La dengue conferisce l'immunità come ogni altra malattia infettiva, poichè molti bambini colpiti dalla malattia nel 1927, non l'hanno avuta nel 1928, benchè si siano trovati nello stesso appartamento e spessissimo nella stessa stanza con altri parenti ammalati.

Non credo che vi possa essere una terapia specifica per la dengue. Ho sempre seguito la cura indicata per ogni malattia infettiva. Astensione di ogni inutile medicazione, bevande abbondanti, dieta adatta.

Nei casi con grande ipertermia ho somministrato quasi sempre 2-5 goccie di adrenalina (soluzione 1:1000) secondo l'età del bambino, ed ho consigliato i bagni fra 36° e 33° C. ed avvolgimenti freddi.

Mi sono anche servito spesso dell'urotropina ed in casi rarissimi dell'aspirina. Contro l'insonnia ho usato qualche volta le tavolette di bromural Knoll, e contro i vomiti un'acqua minerale alcalina.

Nei casi gravi con grave tachicardia ho consigliato le iniezioni di olio canforato.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI FIVIZZANO

Dentiera impuntata sul cardias estratta per via gastrotomica. (1)

Prof. dott. METELLO FRANCINI
direttore e chirurgo primario.

Non vi è chirurgo che in una pratica sufficientemente lunga ed estesa non abbia varie volte avuto occasione di estrarre corpi estranei esofagei e neppure ce n'è forse alcuno che non ricordi di avere incontrato, di fronte ai casi facilissimi, casi estremamente scabrosi che ci fanno sentire tutto il peso delle nostre responsabilità e ci procurano di quelle angustie alle quali l'esercizio della nostra arte non riescirà mai a renderci abituati.

Assistendo all'ansia giustificata degli infermi e più spesso dei genitori, poichè si tratta, in grande maggioranza, di bambini, il chirurgo ha la sensazione immediata che in casi consimili bisogna riuscire e riuscir subito, poichè la sua esperienza e quella altrui a lui pervenuta gli dicono che non è permesso di aspettare. Terrier ha detto giustamente che il chirurgo deve comportarsi di fronte ad un corpo estraneo esofageo come di fronte ad un'ernia strozzata: egli non abbandonerà il paziente prima di averlo liberato.

È qui dunque il caso di agire, ma di agire pensatamente e secondo la vecchia e saggia norma: anzitutto non nuocere. Troppo spesso ci giungono, in questo come in molti altri campi della chirurgia, malati « di seconda mano », già tormentati da medici o incompetenti (nè si fa loro torto a dirlo, poichè non si tratta di casi di tutti i giorni) o sprovvisti di qualsiasi mezzo che possa legittimamente far sperare di raggiunger lo scopo.

La sonda, unico strumento che tutti posseggono, ha fatto non di rado capolino fino al corpo estraneo e questo contatto, sicuramente inutile, non è stato sempre innocente. Qualche volta un medico più intraprendente e più provvisto ha provato col panierino di Graefe e non è riuscito.

Quale è il contegno che deve tenere il chirurgo in simili casi che possono andare dai più semplici ai più complessi? È autorizzato a tentare l'estrazione non disponendo che dei mezzi alla portata di ogni ospedale sufficientemente organizzato, fra questi comprendendo, ben inteso, un apparecchio radiologico? E soprattutto può egli intervenire pur non avendo possibilità di estrazione esofagoscopica, quand'anche l'intervento possa assurgere all'altezza di una grave operazione chirurgica e quando un'esofagoscopista potrebbe essere raggiunto con un viaggio possibile per l'infermo ed anche non eccessivamente disagiato?

Ecco una serie di quesiti la cui soluzione devé essere caso per caso studiata e risolta con elementi molteplici di giudizio che saranno singolarmente esaminati prima di impegnarci in una via che può creare istantaneamente responsabilità formidabili.

A questo argomento che è così antico e così largamente studiato, ma che pure ha avuto per tutti noi momenti di attualità tanto imperiosa, credo che valga la pena di portare qualunque contributo che esca dal comune e frequente esercizio della solita estrazione di soldi e bottoni coll'uncino di Kirmisson. È per questo che riferisco il seguente caso di mia osservazione:

Un giovane contadino (M. Dante di Silvio, di a. 30, da Campiglione di Fivizzano) si presenta al nostro ambulatorio. Ha da diciotto giorni deglutito nel sonno una dentiera. Essa è costituita dai due incisivi mediani superiori e da una assai larga placca di cautchouc indurito dai cui estremi fuoriescono due uncini metallici di presa sui due

(1) Comunicaz. alla Soc. di Cultura medica della Spezia, nella seduta del 23 marzo 1928.

canini. Dice che da qualche tempo gli uncini si erano alquanto logorati, tanto che la dentiera aveva ormai una presa poco valida. Ciò che fu poi confermato dall'esame del corpo estraneo asportato. Dice ancora che, subito dopo la deglutizione della dentiera, fu svegliato da dolore e senso di soffocazione, ma che poi tali disturbi si attenuarono tanto che, nella speranza che il corpo estraneo potesse essere espulso per le vie naturali, si acquietò e riprese il sonno. Al mattino seguente però il primo tentativo di alimentarsi gli dimostrava che la dentiera si era impuntata nella parte terminale dell'esofago poichè i cibi solidi non passavano affatto e la deglutizione dei liquidi poteva compiersi stentatamente e con vivo dolore.

Tuttavia il timore irragionevole di tentativi di estrazione chirurgica indusse il paziente a tirare avanti penosamente per diciotto giorni fino a quando, scaduto di forze e sofferentissimo, venne da noi.

Feci subito una radioscopia in varie proiezioni. Il corpo estraneo era chiaramente visibile sul cardias ove trovavasi sbarrato in posizione trasversale. Un pasto opaco denso raggiungeva il corpo estraneo e lo occultava completamente, passando poi nello stomaco.

Dato il carattere del corpo estraneo, angoloso ed uncinato agli estremi, e la lunga permanenza nell'esofago, non mi credetti autorizzato a tentativi ciechi di estrazione. La sede bassissima nell'esofago mi fece immediatamente pensare ad un intervento addominale per l'estrazione per via gastrotomica e tale intervento proposi all'infermo, che però, colla pusillanimità di cui già aveva dato prova, non volle farsi operare.

Tornò dopo un mese preciso dalla ingestione del corpo estraneo. Seppi da lui che un chirurgo più coraggioso aveva tentato di estrarre la dentiera col panierino e che la aveva bensì afferrata, ma non era stato capace di smuoverla e che anzi aveva penato assai a disincagliare lo strumento. Una nuova radiografia mi dimostrava che il corpo estraneo era nella precisa posizione di dodici giorni avanti.

Non dissimulando a me ed all'infermo i rischi, ormai anche cresciuti, riproposi l'intervento gastrotomico che questa volta venne accettato. Operai quindi il giorno seguente: laparotomia sopraombellicale mediana, piccola gastrotomia anteriore, introduzione dell'indice sinistro per il cardias fino al corpo estraneo. Col dito e con un lungo Klemmer curvo guidato da questo riesco con una certa difficoltà a disincagliare la dentiera, orientarla secondo l'asse esofageo ed estrarla per la bocca gastrotomica. Gastrorrafia, sutura a strati della parete addominale. Guarigione rapida.

La presenza di un corpo estraneo nell'esofago può, come abbiamo detto in principio rappresentare un fatto non grave e facilmente rimediabile, come può invece costituire un avvenimento gravissimo ed anche rapidamente superiore a qualsiasi risorsa chirurgica. La forma ed il volume dell'oggetto ingerito, il punto di arresto in uno dei normali punti ristretti ben conosciuti, il tempo trascorso dalla ingestione al momento in cui si ricorre all'opera del chirurgo sono i principali fattori di questa variabilissima gravità.

Vi sono nella letteratura casi di tolleranza veramente stupefacenti come ad esempio quello di Masotti che potè senza complicazione alcuna estrarre coll'uncino di Kirmisson una moneta rimasta nell'esofago per sette mesi, come vi sono invece casi nei quali colpisce la fulminea rapidità con cui complicazioni irreparabili si instaurarono (Felizet, Terrillon, Lieblin) e questi casi sono indubbiamente più numerosi, sicchè è per la salute degli infermi opportuno che si faccia tutto il possibile per sfatare quella che il più delle volte è una pericolosa leggenda, della tolleranza dell'esofago per i corpi estranei (Di Vestea).

Le più frequenti complicazioni sono rappresentate da processi infiammatori che, partendo dalla ulcerazione traumatica della parete esofagea, si approfondano nei tessuti circostanti determinando ascessi e flemmoni periesofagei altamente settici, mediastiniti purulente e putride, pleuriti. La formazione di raccolte periesofagee può essere estremamente rapida. Essa è più frequente, per ovvie ragioni, quando si tratta di corpi estranei aguzzi, come frammenti di osso, lische di pesce, reste di grano. Raramente è stato osservato l'edema della glottide.

Ancor più imponenti per la sintomatologia loro sono le emorragie per lesioni vascolari, raramente primitive, assai più spesso secondarie a lenta ulcerazione della parete esofagea e vascolare in contatto. Fatti di tal genere sono stati riscontrati a carico dell'aorta (Chiari, Krause, Poulet ecc.). Nel caso di Krause la perforazione dell'aorta avveniva otto mesi dopo la ingestione di una moneta e 22 mesi dopo in un caso di Turner. Hecker riferisce un caso notevole in cui non l'emorragia, ma un aneurisma aortico sarebbe conseguito alla ingestione di un ago migrato attraverso alla parete esofagea. Troviamo poi ulcerazioni della arteria polmonare (Korvalsky) di una mediastinica (Massa), di una carotide, della cava superiore, della tiroidea inferiore, di una coronaria, della emiazigos, della succlavia (Poulet). Non di rado l'emorragia fu postoperatoria, dopo la estrazione per le vie naturali del corpo estraneo (Eglott, Massa). Ancora per la presenza di corpi estranei esofagei si osservarono fistole esofago-tracheali ed esofago-bronchiali, come fu osservata neurite del ricorrente sinistro con paralisi temporanea o definitiva di esso. In qualche caso ha impressionato la rapida emaciazione, anche ad onta del consentito passaggio di alimenti liquidi. In un caso di Abbè un individuo era stato creduto tubercolotico, mentre il suo stato derivava dalla presenza di una dentiera nell'esofago.

I sintomi immediati dell'arresto di un corpo estraneo nell'esofago sogliono essere assai clamo-

rosi. Si hanno, con differente intensità a seconda della natura dell'oggetto ingerito e del punto di arresto, tosse insistente, vomito, senso di soffocazione. Durante i violenti conati di questi primi momenti il corpo estraneo può essere fortunatamente vomitato. Se ciò non avviene subentra di solito un periodo di maggiore calma che può ingannare l'infermo ed i familiari. La disfagia persiste, ma può essere parziale e consentire l'ingestione di cibi liquidi e semisolidi, il dolore è quasi costante, sordo o trafittivo, non sempre localizzato precisamente nella sede del corpo estraneo.

Sempre a seconda della natura e sede dell'oggetto, possono più o meno precocemente manifestarsi i sintomi delle già ricordate complicazioni settiche, emorragiche, nervose.

La diagnosi, facile a stabilirsi quando non si tratti di bambini o di alienati, viene posta sulla scorta dei fenomeni subiettivi ora ricordati e dell'esame radioscopico che rivela immediatamente la forma e la sede dei corpi opachi ai raggi X. Non sono consigliabili manovre cieche ed inutili colla sonda a scopo diagnostico.

Alla prognosi, sempre riservata, già abbiamo accennato. Essa indica l'immediato tentativo della estrazione, alla quale però il chirurgo deve accingersi solo se disponga dei mezzi indispensabili.

La propulsione del corpo estraneo nello stomaco per mezzo della sonda, da alcuno consigliata, è un procedimento assolutamente condannabile, a meno che non si tratti dell'arresto di boli alimentari voluminosi, ma molli (Castagna). È questa una evenienza non rara specialmente in individui vecchi, che inghiottono voracemente boli non ben masticati e che non di rado presentano una insufficienza funzionale della muscolatura esofagea. Tolti questi casi, la sonda non può legittimamente esser considerata un mezzo sufficiente ed il suo uso diviene non solo inutile, ma assolutamente dannoso (Sencert, Guisca, Gradenigo, Voss ecc.).

Vengono allora in campo gli strumenti del vecchio armamentario e più comune di tutti il panierino di Graefe, così giustamente mal famato. Questo strumento, che ha pure al suo attivo tante migliaia di brillanti estrazioni, ha anche però dato luogo a tanti disastri da farci ripudiare definitivamente il suo impiego. Gli impuntamenti dopo la presa sul corpo estraneo, talora addirittura invincibili (Walter, Lejars, Guisez), quelli contro l'anello cricoideo, le ferite dell'esofago, poi sedi di gravi processi settici, le perforazioni esofagee sono ormai numerosissime (Le Dentu, Weiss, Schmiegeloff, Killian, Thomas). Sarebbe quindi errore fidarci su qualche favorevole resultato che tutti contiamo, specialmente negli anni lontani, nè tener troppo conto di casi eccezionalmente favorevoli come quello di Morone che estrasse col panierino una dentiera rimasta nell'esofago per un mese.

Molto migliore è, per giudizio concorde, l'uncino di Kirmisson, che ha invero un campo molto più ristretto di oggetti su cui può far presa, ma quasi mai è capace di arrecar danni. Coll'uncino le estrazioni di monete e bottoni, anche se tardive, si compiono senza pericolo; se esso poi è guidato dal controllo radioscopico, diviene uno strumento che merita pienamente di rimanere nella pratica chirurgica giornaliera (Lasagna). E tale controllo, tutte le volte che è possibile, e dovrebbe esserlo ormai anche nei minimi centri ospedalieri, non dovrà mai venir trascurato, poichè colla radioscopia prima della estrazione ed anche durante l'estrazione medesima si può trasformare una operazione cieca in un intervento guidato dalla vista dell'operatore.

Di fronte a questi mezzi che la radioscopia può rendere meno pericolosi, ma che sono pur sempre lontani dai vantaggi che può offrire la diretta visione del corpo estraneo, sempre maggior favore acquista giustificatamente la estrazione esofagoscopica. Questa, che gode la meritata preferenza degli specialisti, è però un intervento che abbisogna di una particolare esercitazione tecnica e di un instrumentario che il chirurgo generale quasi mai possiede. La tecnica esofagoscopica ha raggiunto ormai un grado di perfezione che non si esagera a dire meravigliosa. Strumenti numerosi ed ingegnosissimi sono stati ideati per estrarre corpi estranei di ogni forma e struttura: si seziona coll'ansa galvanica il cautchouc delle dentiere più voluminose, si frammentano in sito le altre, se ne raddrizzano gli uncini di presa, si chiudono gli spilli di sicurezza, si incappucciano le punte degli aghi, si porta una elettrocalamita in vicinanza dei corpi di ferro e di acciaio, si disimpegnano i corpi estranei sbarrati con pinze divaricatrici. Chevalier Jackson in un bambino che aveva nell'esofago quattro spilli da balia aperti e fra loro impigliati per modo che si muovevano in catena, riuscì a proteggere le punte ed estrarre i due più alti e ricacciare i più bassi nello stomaco di dove furono normalmente eliminati. E come questo tanti altri casi potrebbero esser citati di brillantissimi interventi esofagoscopici. Tutti però sono concordi nell'affermare che l'estrazione esofagoscopica è una operazione difficile, che spesso richiede l'anestesia generale, non innocente in simili condizioni, e si sentono distinti specialisti dire che dell'esofagoscopio si è abusato e tessere ancora l'elogio del vecchio uncino di Kirmisson (Lasagna).

Data questa posizione precisa, noi crediamo che il chirurgo generale, armato del solo uncino e

del bisturi, quando si imponga un atto operatorio, non debba ancora abbandonare il terreno.

Abbiamo finora detto soltanto dei mezzi incruenti, che in realtà bastano nella maggioranza dei casi Ma quando il corpo estraneo ha delle parti aguzze facili a ferire la parete esofagea, quando esso permane nell'esofago da tempo assai lungo, sicchè più temibile è una ulcerazione della parete, quando, peggio ancora, esista alito fetido od altri segni di infezione esofagea o periesofagea, è la estrazione cruenta che ormai si impone. Ed allora, a seconda della altezza del corpo estraneo, può venire in campo la ipofaringotomia retrotiroidea, la esofagotomia cervicale, cui potrà far seguito, attraverso alla breccia operatoria, la estrazione esofagoscopica, ed infine, per i corpi estranei più profondi, sopracardiali, la estrazione per via gastrotomica, lasciando da parte la esofagotomia mediastinica, per le ragioni che tra breve diremo.

La esofagotomia cervicale classica ha, fino dalle sue lontane origini, una prognosi operatoria assai grave. Le indicazioni ne sono poi assai limitate poichè difficilmente si potrebbe con essa raggiungere corpi estranei profondi oltre la quarta vertebra dorsale, o tutt'al più, nei bambini, la quinta. Le complicazioni settiche e gli insuccessi di questa operazione sono ben noti ai chirurghi e costituiscono un argomento di studio ormai classico, sul quale non occorre tornare.

L'esofagotomia transtoracica o mediastinica, che potrebbe servire per raggiungere corpi estranei più bassi è una operazione che non sembra ancora uscita dal campo sperimentale. Perfettamente disciplinata dal punto di vista tecnico, specialmente dal Forgue, Quenu, Henle, Enderlen ed altri, potrà forse affermarsi per altre indicazioni chirurgiche, non per la estrazione di corpi estranei, che possono esser raggiunti per altre vie con molto minor danno e minore pericolo.

Mantiene invece tutto il suo valore e gode, in caso di indicazioni appropriate, una meritata predilezione l'intervento laparotomico seguito da gastrotomia anteriore ed esplorazione retrograda dell'esofago inferiore, esplorazione digitale il più spesso od anche, ove occorra, esofagoscopica.

Questa operazione, eseguita per la prima volta dal Richardson nel 1886 è stata quindi praticata un numero discreto di volte, almeno una trentina, e, se pure il perfezionamento della esofagoscopia la renderà sempre più rara, essa merita la piena fiducia dei chirurghi ai quali ha dato numerosi successi, con una mortalità certamente di molto inferiore a quella della esofagotomia cervicale.

L'operazione, anche da me eseguita con favorevole resultato nel caso da cui trae origine questo scritto, ha qualche difficoltà e qualche pericolo operatorio che vale la pena di rilevare. Uno di essi è rappresentato dalla impossibilità di detergere e vuotare accuratamente lo stomaco con la gastrolusi preoperatoria, mentre il pericolo di sepsi è aumentato dalla presenza di eventuali decubiti esofagei con conseguente scolo di secrezioni infettanti nello stomaco. La gastrotomia poi non può, per necessità tecniche evidenti, esser fatta mantenendo per tutta la durata della operazione la ferita gastrica esteriorizzata, come si fa nella estrazione di corpi estranei dello stomaco. L'indice esploratore, per poter raggiungere ed oltrepassare il cardias, deve infossarsi molto profondamente, traendosi dietro un imbuto di parete gastrica che riveste il pugno e si affonda nell'addome durante le ricerche del corpo estraneo. L'inquinamento della sierosa peritoneale riesce in questo modo spesso inevitabile ad onta delle più rigide cautele protettive. Raggiunto poi il corpo estraneo nell'esofago e riconosciutane la posizione, comincia la parte veramente scabrosa dell'atto operatorio. Il disimpegno del corpo deglutito, il raddrizzamento ed orientamento di esso verso il cardias e l'attrazione nello stomaco possono essere estremamente difficili e lo furono anche nel nostro caso. In questo tempo, che è il più importante, l'operazione diviene evidentemente cieca e pericolosa quasi quanto l'estrazione coi vecchi mezzi per le vie naturali. La fretta imposta dal rischio della infezione peritoneale, i pericolosi riflessi nervosi determinati dalla stessa esplorazione, possono indurre a manovre violente, il cui effetto non può essere valutato.

Ma ad onta di ciò l'operazione si avvantaggia di tutte quelle risorse che la lunga esperienza laparotomica fornisce ad un chirurgo sufficientemente sperimentato. Se vi sono pericoli vi sono anche mezzi per combatterli in campo aperto, l'indice introdotto fino sul corpo estraneo costituisce il più fine ed il più obbediente degli strumenti di esplorazione e di estrazione. Questi pregi indiscutibili danno ragione dei quasi costanti successi di questa operazione e giustificano pienamente la nostra fiducia.

Clinica Oto-Rino-Laringoiatrica della R. Università di Roma
Direttore: Prof. GHERARDO FERRERI.

Una sanguisuga nella laringe.

Dott. GIUSEPPE MASSIONE.

Tra i corpi stranieri che si riscontrano nella laringe e nel cavo naso-faringeo, uno dei più rari, e certamente il più strano, è la sanguisuga.

Trattasi in genere della sanguisuga cavallina (aemopis vorax) che è un'Anellide (ordine Irudinei, famiglia Guathobellidae, genere Aemopis) di lunghezza varia da mezzo cm. fino a 10, di colore marrone-lavagna. Ha due ventose: una ce-

falica e una podalica: quest'ultima è più grande e più forte della cefalica; ambedue però sono insufficienti per attaccarsi alla pelle, ma si impiantano benissimo sulle mucose.

Questa sanguisuga si trova nelle acque di ruscelli, di fontanili, di stagni: l'uomo o gli animali bevendo quest'acqua introducono la sanguisuga che s'attacca con le ventose sulla mucosa delle prime vie respiratorie.

Sono state descritte sanguisughe attaccate sulla parete post-superiore del velopendolo, sul cercine della tuba di Eustachio, nella fossetta di Rosenmüller, sulle pliche ariepiglottiche, sull'epiglottide, sulle aritenoidi, sulle false corde, sulla trachea, sulla faccia inferiore della lingua in corrispondenza della vena ranina ecc.

Al momento dell'attacco l'individuo ha — ma non sempre — una sensazione di una leggera puntura: dopo non permane che un senso di corpo estraneo in gola. Nei giorni successivi comincia l'emissione di sangue, continuo, alcune volte abbondante: l'emorragia non si arresta sia perchè nel periodo di replezione l'anellide non cessa di succhiare sangue (Citelli), sia perchè dalle glandole salivari si secerne un liquido che impedisce la coagulazione del sangue (Mense).

Le sanguisughe attaccate in laringe o in trachea danno anche luogo a tosse continua, violentissima, e quelle con attacco nell'epifaringe a fuoriuscita di sangue attraverso le fosse nasali.

Vario è il tempo di permanenza del parassita: da pochi giorni arriva sino a 15 (Ramon de la Sota), 16 (Garbini), 22 (Marcacci), 26 giorni (Olivieri). E si può dire che esso vi resta, finchè non viene portato via strumentalmente: solo in un caso di Garbini venne emesso spontaneamente con la tosse.

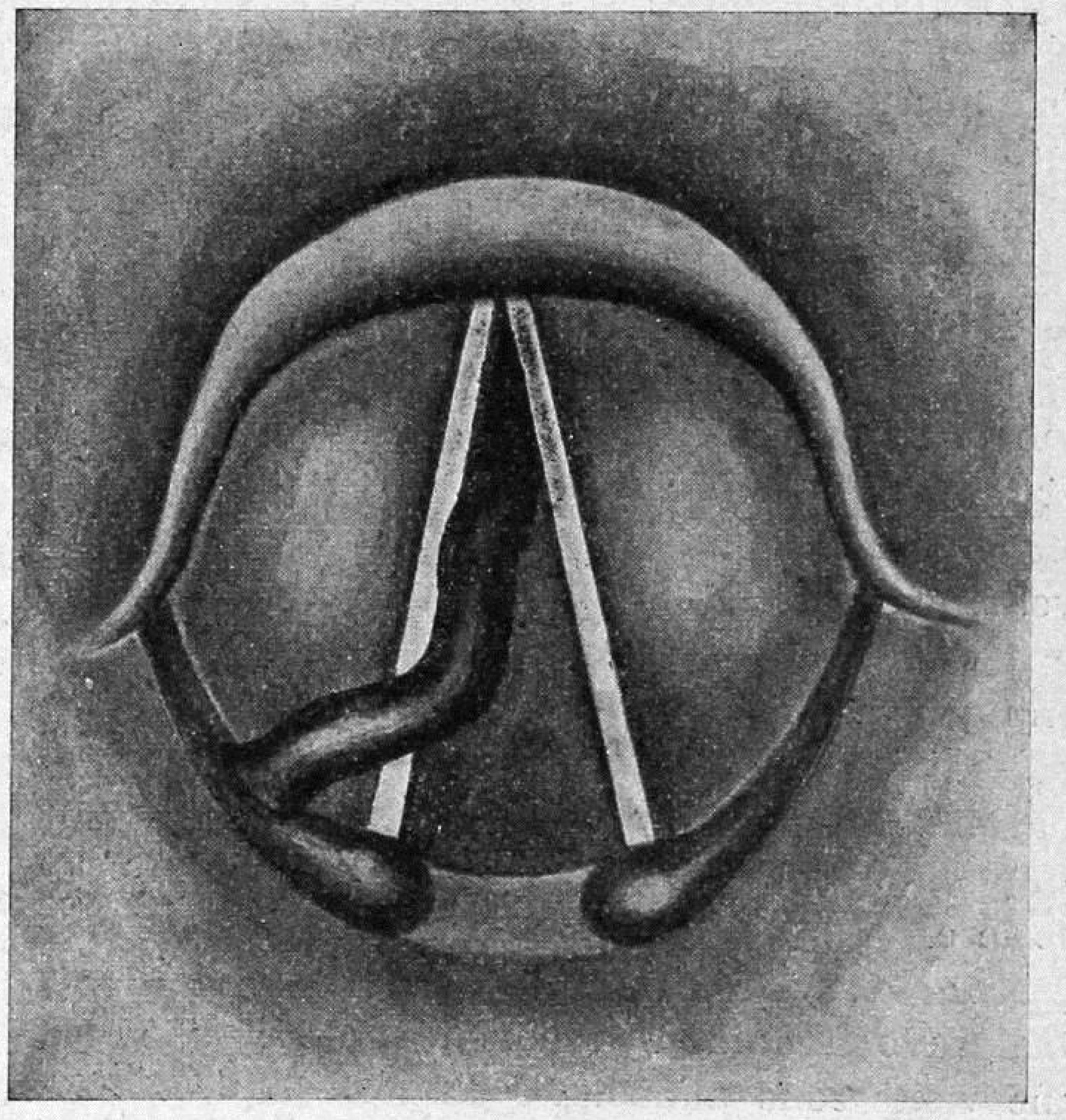
Rare sono le conseguenze gravi per la presenza della sanguisuga: Aubert, Chavasse, Pinelli, Gallegos, Palazzolo, Maissuriantz e Tapia riportano però casi di morte o per asfissia o per emorragia o per le operazioni gravi che richiesero (tracheotomia, crico-tracheotomia ecc.).

Molto raramente invece dell'aemopis vorax si trova la comune mignatta o hirudo officinalis (caso di Olivieri) e nel Messico la *Haementaria officinalis*.

Il 20 luglio scorso mi si presenta, all'Ambulatorio della Clinica Otorinolaringoiatrica di Roma, una donna di anni 58, contadina, di Fiano Romano.

Da circa otto giorni ha continue emorragie dalla bocca, abbondanti negli ultimi due giorni, abbassamento accentuato della voce, tosse violenta e senso di corpo straniero in gola. Afferma di non avere avuto alcuna malattia, nè affezioni delle prime vie respiratorie, nè abbassamento di voce: racconta però che altre due volte ebbe sensazione di corpo straniero in gola, senza sangue nè tosse, con senso di vomito che provocò la fuoriuscita dalla bocca di un verme biancastro lungo circa 20 cm. (ascaridi?).

L'esame faringoscopico fa vedere sulla parete posteriore della faringe sangue in parte coagulato. All'esame della laringe si osserva che il vestibolo laringeo è ripieno di muco misto a sangue: a destra, nella regione della falsa corda, si vede una massa grigio-ardesiaco piuttosto scura, lucida, che a prima vista, dà l'impressione di un tumore angiomatoso. Nettata la laringe si osserva invece che ciò non è altro che una porzione di un grosso verme attaccato sulla metà della plica ariepiglottica di destra e che pende fino nella parte anteriore della regione ipoglottica appoggiandosi sulle corde false e vere dello stesso lato (Vedi figura schematica).



Il verme compie movimenti; si riconosce essere una sanguisuga.

Avendo domandato alla paziente se aveva bevuto acqua in campagna quando avvertì i primi disturbi, racconta che mentre in un pomeriggio aiutava a caricare il grano mietuto, assetata per il caldo intenso di quel giorno, andò con altre tre compagne a bere in un abbeveratoio di cavalli, essendo rotta la condottura del fontanile. Subito sentì qualche cosa in gola, ma non vi prestò molta attenzione essendo, da principio, i disturbi molto lievi.

Previa anestesia locale cocainica, si riesce, dopo vari e infruttuosi tentativi dovuti alla superficie viscida che faceva scivolare la pinza laringea sulla presa, a estrarre per intero la sanguisuga che, messa in acqua sviluppa una lunghezza di circa 8 centimetri. Dopo l'estrazione si osserva che esiste una piccola lesione di continuo — con una leggera ecchimosi circostante — nella metà della plica ariepiglottica di destra.

Fu ordinato riposo e polverizzazioni alcalo-adrenaliniche; si riosserva la paziente dopo tre giorni. Si nota che sulla laringe iperemica spiccano due punti ricoperti da una patina bianco-grigiastra, uno sulla plica ariepiglottica destra e l'altro nella regione ipoglottica, al disotto della

commessura anteriore: si può dire che le due lesioni corrispondono ai due punti di attacco della sanguisuga. Questa, osservata dai colleghi Pasquini e Montalenti dell'Istituto di Zoologia, è stata riconosciuta per una sanguisuga cavallina.

Di fronte ai numerosi casi pubblicati sulla presenza di sanguisughe nelle prime vie respiratorie, non avrei certamente reso noto il caso capitato alla mia osservazione, se non vi fosse una ragione — diciamo così — geografica. Infatti mentre Gallegos in Spagna è riuscito a riunire in 10 anni 112 casi, e Tonietti in poco più di un anno di Ambulatorio otorinolaringoiatrico a Tripoli 19 casi (15 indigeni e 4 soldati italiani) e mentre numerosissimi sono i casi osservati in Algeria e Tunisia, non possiamo dire che altrettanto frequenti siano in Italia. E le osservazioni pubblicate riferiscono quasi sempre casi osservati in Sicilia (Citelli, Garbini, Piazza, Casali, D'Aguanno ecc.), o nelle altre province meridionali (Ridola a Matera ecc.): nelle altre regioni, almeno mi è noto, solo il caso di Marcacci (a Sinalunga in provincia di Siena) 3 casi di Casali (soldati infettati nelle campagne Beneventane e Casertine durante le grandi manovre) e il caso di Olivieri a Roma (1903) nel quale si trattava di un contadino di Rivo d'Otri (Rieti), lavorante nella campagna romana, che osservato dal prof. Geronzi, presentava un'hirudo officinalis impiantata da 26 giorni sulla commessura anteriore.

Nella Clinica Otorinolaringoiatrica di Roma, malgrado il numero imponente di malati (le prime visite sono aumentate da 1700 nel 1904-1905 a oltre 7000 nel 1927-1928), è questo il primo caso che capita all'osservazione. Ma deve essere tenuto presente perchè se offre poche difficoltà diagnostiche e terapeutiche a uno specialista, diventa di assoluta impossibilità diagnostica per il medico condotto di campagna al quale il paziente — in genere contadino — si rivolge per primo.

***

Credo di far cosa utile a chi volesse interessarsi dell'argomento riportando la bibliografia che mi è riuscito di riunire.

BIBLIOGRAFIA.

AUBERT. *Une sangsue dans un larynx.* Bull. et Mémoires de la Société de Laryng., d'Otol. et de Rhinol., nov. 1891.

ID. *Sangsue dans la trachée.* Bull. médical de l'Algerie, ottobre 1891.

ID. *Una sanguisuga nella laringe.* The Journal of Laryngology, V-VI, n. 1, gennaio 1892.

BARAIOS. III Congresso Spagnolo Otorinolaringoiatrico, 1910.

CASALI. *Epistassi da Haemopis vorax nel rinofaringe.* Atti della Clinica Otorinolaringoiatrica di Roma, 1905, pag. 197.

CHAVASSE. *Des accidents causés par l'introduction de l'haemopis dans les voies aériennes de l'homme.* Archives de médecine et de pharmacie militaires, 1893.

CITELLI. *Sanguisughe nella trachea e nel rinofaringe.* Archivio Ital. otorinolar., 1902, XII, pag. 483.

CLEMENTE. *Un caso rarissimo di sanguisuga cavallina nell'interno della glottide.* Gazzetta Medica, 1874, XVII, 48.

CONDORELLI-FRANCAVIGLIA. *Mignatta in laringe.* La Riforma Medica, 1894, 276.

D'AGUANNO. *A proposito di sanguisughe in gola.* Boll. mal. orecchio, naso e gola, 1902, 10, p. 217.

FICANO. *Sangsue dans la région sous-épiglottique.* Revue hebdomadaire de laryngologie ecc., febbraio 1890.

ID. *Sanguisughe in trachea.* Bollettino malattie orecchio, naso e gola, 1892, X, pag. 202.

GALLEGOS. Revue Hebdomadaire de Laryngologie, d'Otologie, et de Rhynologie, 1911.

GARBINI. *Sanguisughe in trachea e in bocca.* Boll. malattie orecchio, naso e gola, 1902, 8, pag. 174.

LEONE. *La sanguisuga (haemopis vorax) nella laringe.* Ibid., 8192, X, 7, pag. 158.

MAISSURIANTZ. Revue internationale des sciences méd., 1887.

MARCACCI. *Di una mignatta attaccatasi alla laringe ed estratta dopo 22 giorni.* Lo Sperimentale, 1881, pag. 492.

MASSEI. *Una sanguisuga nella laringe ecc.* Ibid., febbraio 1875.

MASUCCI. *Contributo alla casuistica dei corpi stranieri nella laringe e nella trachea.* Rassegna critica internazionale delle malattie del naso, della gola e dell'orecchio, giugno 1892.

MAUGERI. *Sangsue dans le naso-pharynx.* Archives internat. de laringologie, 1905, pag. 870.

MELZI. *Contributo alla casuistica dei corpi stranieri per le vie aeree.* Boll. mal. orecchio, naso, gola, 1902, 4, pag. 85.

MENSE. *Trattato delle malattie dei paesi tropicali.* Unione Tip. Ed. Torino, 1906.

MOLLICE. *Contributo clinico alla tracheotomia di urgenza per mignatta.* Gazzetta degli Ospedali, XXIV, 1903, 23, p. 237.

MORALIS. Revue Hebdomadaire de laryngologie, d'Otologie, rhynologie 1911.

OLIVIERI. *Una sanguisuga in laringe.* Boll. Società Lancisiana degli Ospedali di Roma, 1905, f. III, anno 25.

PALAZZOLO. *Sanguisuga in laringe.* Boll. mal. orecchio, naso e gola, 1895, XIII, 9, p. 230.

ID. *Un'altra sanguisuga nella laringe estratta per le vie naturali.* Ibid., 1896, XIV, II, pag. 245.

ID. *Alcune considerazioni sopra un altro caso di sanguisuga cavallina nella laringe.* Gazzetta Internazionale di medicina, anno IX, 1906, 55

PINELLI. *Mignatta in laringe.* La Riforma Medica, 1895, vol. I, p. 227.

PORTEL. III Congresso Spagnolo otorinolaringoiatrico, 1910.

RAMON DE LA SOTA Y LASTRA. *Una mignatta estratta dalla laringe 15 giorni dopo che vi era penetrata.* Archivio Italiano di Laringologia, 1883-84, pag. 69.

ID. *Sanguisughe nelle vie aeree.* Rivista de Medicina y Chirurgia practicas. Madrid, ottobre 1885.
ID. *Sanguisuga aderente al IV anello della trachea.* Barcellona, 1891.
RIDOLA. *Caso di sanguisuga in trachea.* Archivio Italiano di Laring., anno XIV, aprile 1894.
SAITTA. *Casistica di sanguisuga in laringe.* Rassegna internazionale di Medicina moderna; 15 gennaio 1905.
TAPIA. Revue Hebdomadaire de laryngologie, rhynologie, otologie, 1911.
TONIETTI. *Contributo allo studio della patologia della Libia. Mignatta in laringe.* Giornale di Medicina Militare, settembre 1912, pag. 668.

Roma, agosto 1928.

SUNTI E RASSEGNE.

MALATTIE DELLA NUTRIZIONE.

La glicosuria e la lattosuria durante la gravidanza ed il puerperio.

(J. SNOECK. *Bruxelles Méd.*, t. VIII, n. 11, 1928).

Accanto alla glicosuria diabetica che costituisce una complicazione grave, ma rara, della gravidanza, esiste una glicosuria gravidica fisiologica, benigna, infinitamente più frequente, la cui patogenesi resta ancora assai oscura.

Questa glicosuria è caratterizzata, secondo l'A. dall'assenza d'iperglicemia, dalla scarsa quantità di zuccheri riduttori nella urina (1-2 ‰ in media; 4-5 ‰ al massimo), dalla nessuna influenza delle variazioni di regime su questo tasso, dall'assenza di ogni sintomo subbiettivo riferibile al diabete, dalla conservazione di uno stato generale eccellente.

Di tutte le teorie che cercano di spiegare questa glicosuria gravidica così detta fisiologica, due meritano di essere rilevate. Secondo alcuni autori questa glicosuria trarrebbe la sua origine da una insufficienza epatica, da un deficit passeggero del fegato che determinerebbe una diminuzione del potere di ossidazione degli zuccheri. Secondo altri autori la glicosuria deriverebbe da un abbassamento della soglia renale del glucosio nella donna incinta: la permeabilità del rene rispetto al glucosio del sangue sarebbe aumentata e, pur restando la glicemia normale, si produrrebbe una leggera glicosuria. Il punto debole della tesi della insufficienza epatica sta nel fatto che mai è stata constatata iperglicemia nel decorso di una glicosuria gravidica spontanea. D'altro canto per qual meccanismo, secondo la teoria del « diabete renale », la soglia del glucosio è abbassata durante la gravidanza? Si tratta di una azione ormonica del corpo luteo, della mestruazione, della gravidanza, oppure intervengono altre glandole endocrine, o in fine altri fattori come il metabolismo calcico, la circolazione renale? Nulla di certo sappiamo, e per ciò la patogenesi della glicosuria gravidica semplice ci sfugge.

Il significato, invece, della *lattosuria gravidica* è oggi bene chiarito. L'origine del lattosio non può essere messa in dubbio: la sintesi di esso è fatta, partendo dal glucosio del sangue, nella glandola mammaria. La lattosuria lieve delle ultime settimane della gestazione compare nel momento in cui le glandole mammarie entrano in attività, con la secrezione colostrale. Il lattosio elaborato dalle mammelle è riassorbito nel torrente circolatorio, ed immediatamente viene eliminato attraverso i reni, qualunque sia la quantità presente nel sangue. Durante il puerperio, nei primi 10-12 giorni, la lattosuria è abbondante (5-8 gr. per mille) per il fatto che nel 3°-4° giorno c'è una secrezione lattea forte, corrispondente alla montata lattea, mentre il succhio è ancora insufficiente a eliminare una stasi lattea. Quando i bisogni del bambino si pongono in equilibrio con la produzione lattea della madre, la lattosuria del periodo puerperale scompare gradatamente, se le condizioni restano normali. Che se avviene un rallentamento transitorio, o definitivo, dell'allattamento materno (linfangite, ascesso, divezzamento prematuro, ecc.) la lattosuria ricompare

A. PICCINELLI.

Studi sul diabete mellito nel bambino.

(K. WIDNAS. *Acta Paediatrica*, supplemento n. 1, 10 giugno 1928).

Il diabete mellito è un'affezione delle isole del Langerhans del pancreas, con mancanza della secrezione interna della glandola, per cui ne segue un alterato metabolismo non solo degli idrati di carbonio, ma del metabolismo generale; e si ha o per impossibilità da parte del fegato di formare i depositi di glicogeno, o una diminuita fissazione del glicogeno nei tessuti, o un difetto di utilizzazione dello zucchero circolante nel sangue, che avrebbe una forma stereometrica inutilizzabile o una glicogenolisi eccessiva. Ma tutti i sintomi vengono eliminati con la somministrazione dell'insulina.

Zucchero sanguigno e glicosuria: 1) L'acqua pura diminuisce il contenuto di zucchero sanguigno nei bambini diabetici, mentre gl'idrati di carbonio e le proteine e i grassi l'aumentano; aumento che è rapido per gl'idrati, lento per le proteine, e per i grassi l'aumento dello zucchero viene notato soltanto dopo 2 ore. 2) La soglia della glicemia nei bambini si trova tra 0,12-0,29 % ed è più elevata nei bambini trattati con l'insulina. 3) L'insulina diminuisce il contenuto dello zucchero sanguigno. 4) L'acetonemia o l'acetonuria sono meno facilmente influenzate della glice-

mia e della glicosuria. 5) I differenti pasti hanno una certa influenza sul contenuto dell'acetone nel sangue: l'acetonemia aumenta somministrando acqua e grassi, e diminuisce per gl'idrati di carbonio. 6) Il contenuto totale di acetone nel sangue è di 12 mmgr. per 100 cmc.; per l'acido diacetico è di 16 mmgr. Il contenuto più basso per l'acetone è di 4 mmgr., e dell'acido diacetico 8 mmgr. per 100 cmc. 7) Nei casi trattati con l'insulina l'acetonemia a digiuno era meno grande che in quelli trattati con il regime. L'insulina data prima del pasto diminuisce l'aumento dell'acetonemia dopo il pasto. 8) *Metabolismo dell'acqua*: nei casi con iperglicemia il contenuto in acqua del sangue a digiuno è assai basso, aumenta dopo il trattamento con l'insulina. 9) Le iniezioni di insulina sono assai spesso seguite da una diluizione del sangue. 10) Dopo ogni pasto ha luogo una diluizione del sangue, meno pronunciata dopo un pasto contenente molto grasso, è più pronunciata dopo un pasto contenente idrati di carbonio e proteine. 11) Il volume dell'urina nei bambini diabetici è più grande dopo un pasto con idrati di carbonio se vi è iperglicemia; dopo le proteine il volume è come dopo l'ingestione di acqua pura, è minore dopo i grassi. Nel passaggio dall'aglicosuria alla glicosuria prima aumenta il volume delle urine e poi compare lo zucchero. 12) Il metabolismo dell'acqua è influenzato dalla glicemia. 13) Nelle malattie infettive con febbre e nelle infezioni locali piogene si ha un aggravamento passeggero del diabete. Dopo gli orecchioni, la pertosse; l'angina si ha dopo un aggravamento permanente del diabete, che si manifesta a poco a poco, quando sono scomparsi i sintomi acuti della malattia. Le diarree provocano un miglioramento del diabete. Ha anche influenza lo stato del bambino e le stagioni: si ha un miglioramento spontaneo nell'estate, ed una ricaduta nell'autunno. Il maggior numero di casi nuovi si ha in ottobre, quella dell'entrata in ospedale a novembre, ed il più gran numero di morti in settembre e dicembre.

BALDARI.

Sul diabete secondario a colecistopatie.

(GERHARDT KATSCH. *Deut. med. Woch.*, 7 sett. 1928).

I rapporti fra calcolosi biliare e diabete sono noti da tempo. In questi ultimi anni, però, le nostre conoscenze su tale argomento si sono arricchite di due nuove acquisizioni, cioè della possibilità di colecistopatie larvate o latenti e della frequenza di lievi disturbi pancreatici nelle colecistiti acute e nelle colecistopatie croniche.

Non si possono portare dati statistici, ma certamente, la frequenza con cui il diabete si accompagna a colecistopatie deve essere ben maggiore che quella ammessa, tempo fa, da V. Noorden del 2,3 %.

In qualche caso, i rapporti fra le due malattie sono evidenti come nel paziente di cui l'A. riporta la storia, il quale, ammalatosi dal 1900 al 1914 per calcolosi biliare ebbe nel 1924 i primi sintomi del diabete; venuto poi a morte, si trovarono modificazioni non importanti nella vecchia cistifellea e concrezioni nei dotti pancreatici.

Un altro caso riportato dall'A. dimostra la possibilità dei rapporti fra lievi malattie pancreatiche e lievi colecistopatie. Anche la necrosi acuta del pancreas può essere seguita da diabete: alcune statistiche danno la frequenza del 3 %, ma forse esse sono incomplete poichè non tutti i casi operati vengono seguiti e si ignorano quindi le conseguenze lontane degli interventi per necrosi acuta del pancreas. Maggiore importanza hanno però le malattie leggere e croniche del pancreas, che inducono scarsi o punti disturbi subbiettivi.

È un fatto che vi sono molti casi di diabete in cui un'anamnesi diligente dimostra la preesistenza di colecistiti ed anche di accessi di una certa importanza. Joslin, riporta 73 casi del genere, ma il numero aumenterebbe certamente se si procedesse alle indagini moderne sulle vie biliari, quali specialmente il sondaggio duodenale e lo studio della funzionalità della cistifellea.

Si è parlato di una forma di diabete, che decorre con dolori tormentosi nella regione del ganglio solare; i francesi ne fanno addirittura il tipo di « diabète douloureux ». Si tratta in questi casi, di dolori pancreatici o da colecistopatia talora larvata, talora dimostrata dalla presenza di ittero. L'A. trovò 14 casi di diabete con precedente storia di colecistite, contro 20 in cui questa non vi era. Secondo Wörhmann, nel 24 % dei diabetici vi è, o vi è stata, una colecistite tipica e vi sono molti malati che finiscono diabetici, dopo avere frequentato per molti anni gli stabilimenti idroterapici per le malattie epatiche.

Evidentemente, non tutti i casi di diabete si possono ricondurre a lesioni del sistema pancreatico-biliare. Lo si può escludere per i diabeti gravi infantili, per alcune forme dei vecchi, da arteriosclerosi e disturbi circolatorii del pancreas, per altre in cui entrano in causa dei disturbi endocrini. Anche il fatto che è preceduta una colecistopatia non dimostra perentoriamente che ad essa si debba attribuire il diabete. Questo, indubbiamente, è da considerarsi come poligenetico, ma non si deve disconoscere che nella sua genesi possono essere di grande importanza le alterazioni delle vie biliari e che vi contribuiscono i consecutivi fini disturbi della funzionalità epatica, tanto che si parla spesso di diabete epatico.

Per quanto poi riguarda le alterazioni del pan-

creas, si osserva che queste possono colpire tanto la parte tubulare che l'insulare od entrambe.

Si deve quindi ritenere, in complesso, che vi è un gruppo di diabeti che sono in dipendenza di colecistopatie e che vanno separati dagli altri, non soltanto per la patogenesi, ma anche per la prognosi e la terapia; essi, di fatto, generalmente, non sono gravi.

Sorge anche, a tale proposito, la questione della profilassi del diabete nelle colecistopatie. Si deve pensare alla possibilità di sviluppo del diabete specialmente nel caso in cui si ha il quadro del dolore pancreatico (a sinistra). In tali casi, si dovrebbe procedere a ricerche per rivelare un diabete latente od uno stato prediabetico; a tale scopo, l'A. consiglia un'iperalimentazione (non di soli carboidrati) per 8 giorni, ricercando poi lo zucchero. Si metterà allora in opera la profilassi antidiabetica, sia dietetica, sia operativa; la colecistectomia, di fatto, è giustamente considerata come un'operazione profilattica per le lesioni pancreatiche ed, allo stesso titolo quindi, per il possibile sviluppo del diabete.

Un'altra conclusione di una certa importanza trae l'A., cioè che il medico, in tutti i suoi malati, non badi soltanto allo stato presente, ma si interessi sempre del passato patologico del paziente, che molte volte può dare importanti indicazioni per la diagnosi e la terapia. FILIPPINI.

PATOLOGIA VASALE.

Sulla trombosi ed embolia.

(BORCHARD. *Bruns Beitr. z. Klin. Chir.*, 1928, Bd. 144, H. 2).

È curioso che in certi anni la frequenza della trombosi e dell'embolia è maggiore. Non sempre la sede del trombo principale è il suo punto di formazione. Erroneamente spesso viene considerato come causa di una embolia polmonare un trombo della safena. L'A. ha visto in modo sicuro prima l'infarto polmonare e più tardi la trombosi della safena o tutt'e due cominciare da una stasi sanguigna del bacino. Tra i fattori principali dell'etiologia della trombosi sono: il rallentamento della corrente sanguigna, le alterazioni della parete vasale, e le alterazioni del sangue. Si sa che vi sono speciali malattie del sangue, il carcinoma, specialmente nel tratto intestinale, il mioma, le malattie della prostata che inclinano in modo speciale alla trombosi ed embolia, mentre nelle operazioni per struma le trombosi e l'embolia sono straordinariamente rare. Il pericolo maggiore è nelle operazioni settiche specialmente quando il focolaio infettivo non viene asportato o è asportato incompletamente come per la cistifellea con colangite, per l'appendicite con partecipazione della vena ileo-cecale e delle vie linfatiche o con ascessi intraddominali latenti.

Oltre alla parte infettiva hanno importanza i pezzi necrotici come avviene nei tumori, nelle legature in massa, nei disfacimenti da raggi. A queste si devono aggiungere delle cause di ordine endocrino. Così la trombosi nella vecchiaia non è soltanto dipendente da alterazioni della circolazione ma da vecchiezza del sangue.

Nelle infiammazioni e nei tumori maligni troviamo una coagulazione accelerata: se in queste due malattie non si porta via il tumore o la sorgente della infezione, aumenta naturalmente il pericolo della trombosi.

Ciò spiega il gran numero di trombosi ed embolie per laparatomie esplorative in carcinomi gastrici e la rarità nelle operazioni addominali con drenaggio. Certamente non sono indifferenti le iniezioni endovenose di medicamenti. Fra le alterazioni predisponenti delle vie sanguigne dobbiamo mettere le cause debilitanti generali, i difetti cardiaci, il cuore piccolo, la aorta piccola, il tipo di astenia adiposa, la vecchiaia, le perdite di sangue, le alterazioni della respirazione. Il maggior numero di trombi appartengono alla femorale e all'iliaca, mentre la safena è colpita in maniera varia. Nel massimo dei casi si trova la causa nelle piccole vene del bacino. Il momento delle alterazioni della corrente sanguigna è certamente nei primi giorni dopo l'operazione nei quali i pazienti a causa dei dolori rimangono tranquilli. respirano meno profondamente, il diaframma è spinto in alto per meteorismo.

Come mezzi profilattici in tutti i pazienti sopra la trentina si dovrebbero usare, prima dell'operazione, per uno, due giorni preparati di digitale, riposo, non assoluto in letto, nessun purgante troppo forte e non il giorno prima dell'operazione per evitare una perdita di liquido intestinale ed un prosciugamento del sangue; abbondante introduzione di liquidi, zucchero e idrati di carbonio, iodio in dosi di 0,05 per otto giorni, nessuna applicazione radiologica lunga prima della operazione, preparati di calcio soltanto se indispensabili e mai dopo l'operazione. Durante la operazione la più stretta asepsi, evitare l'invasione batterica della ferita, tagliare fino nei tessuti sani asportando tessuti infiammati o trombosati, evitare le legature in massa.

Dopo l'operazione possibilmente movimenti attivi e passivi precoci, massaggi. Posizione comoda, alternabile, che non lasci in riposo le estremità e il bacino, coi piedi del letto alzati; somministrazione di liquidi, e più presto possibile nutrizione. Oltre i cardiocinetici è da ricordare l'influenza favorevole della tiroxina contro la formazione di trombosi. R. BRANCATI.

L'embolectomia nei disturbi embolici degli arti.

(EINAR KEY. *Lyon Chir.*, n. 3, 1928).

Questo tipo di intervento chirurgico va pigliando sempre maggiore incremento, dopo i buoni risultati ottenuti in diversi casi, specialmente in Svezia dove dal 1912 al 1925 sono stati operati 95 casi.

L'A. riporta una casistica generale di 229 casi e una personale di 17 interventi.

L'embolo si fissa di preferenza nel punto di biforcazione arteriosa e là si accresce per trombosi secondaria la quale si stabilisce principalmente a valle e in parte anche a monte dell'embolo. La trombosi secondaria può determinare la occlusione completa del lume vasale e, secondo la sua estensione, può ostacolare o addirittura impedire la circolazione collaterale.

Non è sempre facile localizzare un embolo. Spesso viene localizzato più in basso di dove si trova realmente. Bisogna tener presente che la localizzazione preferita è nella biforcazione arteriosa e più o meno al di sopra del limite dei disturbi circolatori.

La diagnosi è facile per un embolo che ottura bruscamente l'arteria, ma può diventar difficile quando l'obliterazione del vaso non è completa fin dal principio e lo diviene solo progressivamente. Non è possibile fissare limiti di tempo in rapporto all'insorgenza della gangrena. Fra i casi operati con successo il più tardivo è stato di 48 ore ma è probabile che in quel caso la circolazione non era completamente soppressa. Talora dopo un'embolectomia ben riuscita possono persistere disturbi circolatori periferici dovuti a piccoli emboli cacciati nelle arteriole periferiche.

L'intervento va praticato preferibilmente in anestesia locale perchè si tratta spesso di soggetti in età avanzata e cardiopatici. La tecnica, in linea di massima, è quella di Carrel per la sutura arteriosa.

L'A. ha sostituito la vasellina con una soluzione al 2 % di citrato sodico nella quale immerge tutto quanto occorre per l'intervento: evita in tal modo l'eccessivo scivolamento dei ferri ed impedisce ugualmente la coagulazione del sangue. Messa allo scoperto l'arteria bisogna assicurarsi della sede dell'embolo e dei suoi limiti in alto e in basso. Si isola il tronco arterioso a monte dell'embolo e vi si pone una pinza soffice o, meglio, un filo che permette di interrompere la circolazione per semplice trazione. A valle non si mettono pinze per il pericolo di schiacciare un trombo periferico secondario. L'arteriotomia si pratica al limite superiore del segmento arterioso occupato dall'embolo, ricordando che si deve incidere lontano dal punto di biforcazione arteriosa per evitare che la sutura in tal punto possa produrre una stenosi. Incisa l'arteria il coagulo spesso fuoriesce automaticamente o dietro lieve pressione esercitata a valle. Talora è necessario estrarlo il che va fatto con una pinzetta fine e con le massime precauzioni per non ledere l'intima. Le masse di una eventuale trombosi secondaria vanno asportate con prudente trazione a piccoli tratti. L'ablazione dell'embolo primitivo e del trombo secondario deve essere completa per evitare che piccoli frammenti residui vengano spinti verso la periferia dove possono provocare disturbi vari. Talora, per completare l'asportazione delle masse trombotiche, può essere indicata una seconda arteriotomia a valle. Quando l'embolo si prolunga molto al disopra dell'incisione arteriotomica, oppure si trova in un punto di non facile accesso, si può essere obbligati a praticare l'arteriotomia a valle del coagulo e mobilizzare questo per massaggio o tirandolo in qualche modo dall'interno; dopo di che si lascia che la corrente sanguigna cacci fuori i coaguli. Tale è il caso di emboli della biforcazione aortica e dell'iliaca primitiva che possono essere asportati con un'arteriotomia sulla femorale. Una volta tolto l'embolo si chiude il vaso a valle e si toglie la trazione a monte per completare l'asportazione di eventuali frammenti di trombo per mezzo della corrente sanguigna: il sangue deve uscire a getti sincroni al polso per potere esser sicuri che non esistono altri emboli. A tal uopo dopo praticata la sutura arteriosa bisogna assicurarsi che la circolazione sia completamente ristabilita.

Il successo operatorio è subordinato alla precocità dell'intervento, alle condizioni generali e allo stato del cuore e dei vasi. Un embolo a sede alta importa una prognosi più riservata perchè blocca una maggior parte del sistema vascolare e aggrava il lavoro del cuore (Wiedhopf).

L'A. riporta in due tabelle i 229 casi raccolti nella letteratura distinguendo quelli operati nelle prime 48 ore da quelli operati più tardi. In una terza tabella riporta i 17 interventi personali. Aggruppa i singoli casi secondo la localizzazione e il tempo trascorso tra l'insorgenza dell'embolia e l'operazione. Classifica i risultati in: guarigione definitiva; mortalità postoperatoria (entro le 12 ore); mortalità nel mese (per malattie diverse, cardiopatia, o gangrena); ed esito in gangrena. I risultati migliori si sono avuti nei casi operati nelle prime 10 ore. In rapporto alla localizzazione, le embolie dell'ascellare, omerale, femorale, poplitea sono di prognosi più favorevole di

quelli della biforcazione aortica e dell'iliaca primitiva. Degna di particolare interesse è la prima tabella:

Arto superiore: su 13 casi, operati entro 10 ore, 9 guarigioni e 4 morti nel mese, di cui 1 con gangrena.

Aorta: su 12 casi, operati entro le 24 ore, 2 guarig., 2 morti postoperat., 7 morti nel mese di cui 6 con gangrena. Su 5 casi operati fra le 24 e le 48 ore 1 morto postoper. e 4 gangrene.

Iliaca primitiva: su 20 casi, 5 guarig., 2 morti postoper., 12 morti nel mese di cui 8 con gangrena, 7 casi guariti erano stati operati entro le 10 ore.

Femorale: su 54 casi, 18 guarigioni, 3 morti postoper., 33 morti nel mese di cui 27 con gangrena. I casi guariti erano stati operati entro le 20 ore.

Poplitea: su 14 casi, 6 guarigioni, 1 morte postoperat., e 7 morti nel mese con gangrena. I casi guariti erano stati operati entro le 24 ore.

Sui 17 casi personali — delle varie localizzazioni — l'A. ha avuto 8 guarigioni, 1 morte postoper., 5 morti nel mese di cui 3 con gangrena, e 3 esiti in gangrena. I casi guariti sono stati operati entro le 12 ore e solo un caso dopo 22 ore.

PACETTO.

FEGATO E VIE BILIARI.

Colecistografia: azioni tossiche delle sostanze coloranti. Studio clinico e sperimentale.

(B. M. DICK e V. G. H. WALLACE. *Brit. J. of Surgery*, gennaio 1928).

Tra i fenomeni consecutivi alla somministrazione di tetraiodoftaleina sodica sono ricordati: dolori nelle parti alte dell'addome, nausea, vomito, diarrea, febbre.

Pare che un solo caso di morte sia registrato (Haddy: dopo somministrazione di gr. 5,5). Gli AA. che hanno largamente usato questa sostanza per la colecistografia, hanno avuto in un caso una pancreatite emorragica mortale; in un secondo lo stabilirsi di un ittero; in un terzo un esito letale per atrofia gialla-acuta del fegato. In questo terzo caso la tetraiodo era stata somministrata oralmente.

Sperimentalmente gli AA. hanno studiato l'azione della tetraiodo sul pancreas, sul fegato e sul rene, utilizzando quali animali di esperimento gatti e conigli.

Dopo iniezione endovenosa tracce di tetraiodo venivano riscontrate nel succo pancreatico, solo quando il coledoco era stato precedentemente legato.

Iniettando da 5 a 10 ctg. di tetraiodo sciolto in acqua, o nell'arteria pancreatico-duodenale, o nel dotto pancreatico, si aveva morte rapida dell'animale per pancreatite emorragica.

Effetti analoghi, se pure meno rapidi, si ebbero nei conigli (ai quali era stato allacciato il coledoco) per iniezione endovenosa di tetraiodo. Nei gatti invece, in circostanze analoghe, si ebbe solo una congestione del pancreas.

In 5 gatti, ai quali fu iniettata nel dotto pancreatico autobile contenente tetraiodo, si ebbe morte nello spazio da 2 a 5 giorni, per necrosi acuta emorragica del pancreas. Efetti quasi nulli si ebbero con l'iniezione di sola bile.

L'iniezione di tetraiodo nell'arteria epatica del gatto causa necrosi estesa del fegato (che assume un colore giallo ocra) e morte rapida.

L'iniezione endovenosa della sostanza dimostrava una maggiore tossicità per il fegato, quando il coledoco era stato prima allacciato.

L'azione sui reni, quando le solite dosi di tetraiodo erano iniettate nelle vene, si dimostrò scarsa; quantunque la sostanza si elimini quasi interamente per la via dei reni, quando le vie biliari sieno ostruite.

A. CHIASSERINI.

L'espulsione del contenuto come funzione della cistifellea.

(MERLE SCOTT e LESTER R. WHITAKER. *The Journal of the American Medical Assoc.*, luglio 1928).

M. Scott e L. R. Whitaker utilizzando la colecistografia dimostrano che tutte le ipotesi che attribuiscono il mutamento della cistifellea ai fattori meccanici sono erronee. Essi dopo avere escluso i principali fattori meccanici come le variazioni nella pressione intraddominale, la peristalsi intestinale, il retrocedere elastico che segue il rilasciamento dello sfintere del dotto comune, prendono in esame il vuotamento fisiologico della cistifellea.

Gli AA. hanno potuto vedere che in due gatti tutti i dotti epatici (legature verificatesi perfette all'autopsia) e somministrando un cibo grasso, la cistifellea vuota il 90 % del suo contenuto nel duodeno. Essi concludono quindi che l'espulsione del contenuto della cistifellea in presenza di un cibo grasso è una funzione vitale, propria alla muscolatura della cistifellea ed indipendente da fattori estrinseci e meccanici.

Questa funzione è propria della muscolatura liscia e la sua mancanza può essere causata da fatti locali patologici, ma può anche dipendere da condizioni generali che influenzano la musculatura liscia in generale.

MOOR.

Atresia e stenosi congenite delle vie biliari.

(W. E. LADD. *Jour. A. M. A.*, 13 ott. 1928).

Non si tratta di evenienza eccessivamente rara, e sino ad oggi ne sono stati riportati nella letteratura circa 170 casi.

Dei fattori etiologici presi in considerazione, sembra che quello che ha il maggiore, se non l'unico valore, è la malformazione congenita.

Patologicamente si trova il fegato aumentato di volume con marcata fibrosi inter- ed intra-lobulare. La maggior parte delle cellule epatiche si mostrano piene di piccoli granuli di pigmento biliare, e parecchie sono in preda a fatti di necrosi. Nè mancano traccie di infiltrazione con cellule polimorfonucleari, e di capillari neoformati in mezzo al tessuto fibroso interstiziale. Per quel che riguarda le vie biliari, si possono trovare tutte ridotte a dei cordoni fibrosi, oppure l'ostruzione colpisce un segmento piuttosto che l'altro, con dilatazione dei segmenti sani e della vescicola biliare.

L'ittero generalizzato e un grado modico di ematopoiesi della milza sono costanti.

Anche dal punto di vista sintomatologico, ciò che predomina è l'ittero, il quale apparisce subito alla nascita o poco tempo dopo, con feci acoliche e urine ricche di pigmenti. Il fegato si palpa notevolmente ingrandito; nel sangue si dimostra un aumento del tempo di coagulazione; il metabolismo dei grassi è molto alterato; lo stato generale si altera in un tempo più o meno lungo.

La diagnosi differenziale va posta in prima linea, con l'ittero semplice dei neonati. Questa è un'evenienza molto comune, e si stabilisce verso il 3° giorno dopo la nascita, per scomparire nel termine di 2-3 settimane. Un ittero che persiste oltre tale periodo deve far nascere il sospetto di un'atresia congenita dei dotti biliari.

L'ittero infettivo decorre coi sintomi dell'infezione: febbre, leucocitosi ecc. La sifilide congenita unisce pure, all'ittero, altri sintomi caratteristici. La colelitiasi è rarissima nella prima infanzia, tanto da non dover esser presa in seria considerazione.

Posta la diagnosi di atresia e stenosi congenite, si comprende come l'unico trattamento da provare sia quello chirurgico. Il successo di questo è in rapporto all'esistenza di connessioni evidenti della vescicola biliare o del dotto comune con il fegato.

M. FABERI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

G. e F. KLEMPERER. *Neue Deutsche Klinik Handwörterbuch der praktischen Medizin.* Vol. I, di VIII-784 pagg. Urban e Schwarzenberg, Berlin, 1928. Mk. 33.

Il primo volume di questo Dizionario manuale di medicina pratica è dedicato quasi esclusivamente alla medicina interna, alla pediatria e alle branche affini.

Sotto la direzione di Georg e Felix Klemperer hanno collaborato una schiera di illustri autori, ognuno dei quali ha trattato i rispettivi temi in modo degno alla loro giusta fama, nulla tralasciando perchè nel complesso l'opera riuscisse di vera utilità al medico pratico.

E così G. Klemperer ha scritto il capitolo del tifo addominale; Boas l'achilia gastrica; Zondeck il m. di Addison; Schlayer l'albuminuria; Casper l'anuria e l'azoospermia; Meyer l'alcaptonuria; Curschmann le età e loro malattie; Moravitz e Seyfarth le anemie ecc.

Gli AA. annunziano a breve scadenza la continuazione di quest'opera, che senza dubbio, una volta completa, rappresenterà un'ottima guida di consultazione per gli studiosi. A. POZZI.

Zeitungs Katalog 1928. 1 vol. in-4 di p. XXX + 524 + 554, con 30 piante. Rudolf Mosse ed. Jerusalemer Strasse 46-49, Berlin S. W. 19. Rilegato in tela.

Si tratta di una pubblicazione poderosa, quale forse soltanto i tedeschi sono in grado di compierne: essa comprende i periodici di tutto il mondo, in tutti i campi, dalla politica alla letteratura, dal commercio alle scienze.

È destinata agli inserzionisti (ne sono stati esclusi i periodici che non fanno inserzioni, i quali si riducono a un'aristocrazia esigua e quasi trascurabile); ma il volume si renderà utilissimo anche alle redazioni ed alle amministrazioni e perciò abbiamo stimato doveroso di segnalarlo.

Ad esso fa riscontro il nostro « Annuario della Stampa Italiana ed Europea », édito dal Sindacato Nazionale Fascista dei Giornalisti (1 vol. in-16° di p. 838, Milano Corso Vitt. Em. 81, 1928), il quale risponde a intendimenti più ristretti, ma nonostante si dimostra molto utile. A. P.

G. TEGONI. *Indice bibliografico della malaria.* In-8° di pag. 80. Supplemento alla « Rivista di malariologia », 1928.

La « Rivista di Malariologia » aggiunge un nuovo pregio agli altri che la rendono tanto utile

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

agli studiosi; ed è questo Indice bibliografico, in cui sono elencati tutti i lavori sulla malaria comparsi nell'anno 1926. Essi sono suddivisi per materie e raggruppati in categorie omogenee; le indicazioni di queste sono date in cinque lingue (italiano, francese, inglese, spagnuolo e tedesco). La citazione bibliografica non è limitata al solo periodico in cui è comparso il lavoro originale, ma estesa anche alle recensioni che ne sono state fatte, provvedimento utilissimo perchè non sempre si possono avere per consultazione tutti i periodici ed in uno o nell'altro è invece possibile trovare il sunto della memoria che si cerca.

A questo utile lavoro, che attesta l'illuminata diligenza dell'A., coadiuvato da T. Frugiuele e B. Williams, non potrà mancare il favore degli studiosi di tutto il mondo. *fil.*

Atti del VII Congresso Nazionale di Medicina del Lavoro. Due vol. in-8° di pag. 133 e 386. Tip. A. Cordani, Milano, 1928.

Il VII Congresso di medicina del lavoro, tenutosi nel 1927, è stato seguìto con molto interesse dagli intervenuti, nelle tre sedi di Parma, Modena, Carpi, città nelle quali il Ramazzini svolse la sua attività. Ed alla memoria di Lui che, per primo intuì l'importanza della medicina del lavoro, fu appunto dedicato questo Congresso, di cui compaiono ora gli atti.

Oltre ai temi di relazione: *Emigrazione e tubercolosi* (G. ALLEVI), *Patologia dell'elettricità e protezione* (G. AIELLO e E. PUGNO-VANONI), *Le intossicazioni professionali dal* 1924 (A. NEBULONI), troviamo, con la precisa e chiara relazione del prof. G. Aiello, Segretario del Congresso, molte notevoli comunicazioni, fra cui rileviamo: quella di A. Mori sulla malattia di Dupuytren in riguardo al lavoro, di M. Aresu sulla patogenesi dell'arteriosclerosi, di L. Devoto sui fattori d'ordine igienico-sanitario nell'urbanesimo ed altre molte, che dimostrano la grande attività dei medici italiani nel campo della medicina del lavoro. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Associazione Medica Triestina.

V Adunanza scientifica del 23 novembre 1928-VII.

Presidente: Dott. A. COFLER.

La sindattilia.

MACCHIORO. — Presenta un bambino di anni 2 e mezzo affetto da sindattilia con ipotrofia della mano destra e mancanza della metà anteriore della II-III-IV costa.

Presenta due radiografie dalle quali si vede chiaramente come si tratta di una sindattilia membranosa con mancanza cioè di ogni elemento fibroso (s. fibrosa) oppure osseo (s. ossea). Dopo aver accennato all'eziopatogenesi delle due anomalie osserva come dette malformazioni, come avviene spessissimo, non abbiano provocato alterazioni nè psichiche nè al funzionamento organico del piccolo p.

Tumore cistico prevertebrale.

OLIANI. — Nel caso in presentazione si potrebbe ammettere si trattasse di un diverticolo dell'uretra con degenerazione secondaria maligna; il rene corrispondente si palesò alla palpazione piccolo, allungato, a globosità, di consistenza dura (forse atrofico). Presenta il preparato.

NICOLICH. — Osserva che sarebbe stato utile nel caso descritto effettuare prima dell'opera il cateterismo degli ureteri e l'ureteropielografia, che avrebbero permesso di riconoscere i rapporti esistenti fra il tumore palpabile e l'uretere. Tali indagini sono da eseguirsi in tutti i casi che presentano tumori addominali, la cui origine non sia facilmente accertabile, perchè per mezzo di essi riesce spesso facile accertare la diagnosi e possibile quindi di eseguire l'intervento operatorio più appropriato.

GERMANI. — Ritiene che sarebbe stato opportuno praticare il sondaggio del canale trovato e già inciso, mediante il quale si sarebbe potuto senz'altro convincersi se si trattava di uretere o no.

GRISOGONO. — Ricorda di aver praticata la laparotomia ad una paziente del suo reparto (G. E. di 38 anni) 9 anni fa, per un tumore prevertebrale, più voluminoso del presente, ma del resto molto rassomigliante a questo e per la sua sede e per le attinenze con gli organi attigui e forse anche per il suo carattere istologico. Il caso è interessante non solo per i suoi esiti ma anche per l'errore diagnostico in cui s'incorse.

L'esame istologico, praticato dal Prosettore dottor Ferrari, diede il reperto di un fibro-sarcoma, partito probabilmente dalla fascia prevertebrale.

Domanda ora se anche nel caso presentato dal collega Oliani non si possa forse trattare di un tumore maligno sviluppatosi dalla fascia prevertebrale o da qualche altro tessuto, con lesione secondaria dell'uretere, per quanto questo ponga notoriamente grande resistenza all'invasione neoplastica, come si constata spesso nelle autopsie di

carcinomi avanzati dell'utero. Ulteriori esami dovranno ancora dimostrare se il pezzo di tessuto più sottile e di forma tubulare aderente al tumore presentato, sia realmente un tratto di uretere.

FERRARI. — Dalla descrizione del caso e dal disegno presentato non sembra all'O. che si possa ammettere senz'altro un tumore maligno dell'uretere, perchè potrebbe anche trattarsi di un neoplasma extrauretérale, che nel suo crescere abbia infiltrato e corroso secondariamente un tratto di quel tubo. L'affrettato esame istologico non permette ancora di stabilire esattamente la sua natura; non è escluso trattarsi di un fibrosarcoma.

OLIANI. — Risponde a Germani che non venne praticato il cateterismo ureterale per non portare eventualmente un'infezione in vescica. A De Grisogono e Ferrari, risponde cumulativamente che non può trattarsi di tumore partito dalle fascie prevertebrali perchè da esse si lasciò sgusciare con tutta facilità senza presentare concrescimento alcuno.

Idronefrosi parziale calcolosa.

NOVAK. — L'O. espone un caso d'idronefrosi parziale calcolosa osservato nel reparto, interessante per la rarità della forma e per le difficoltà diagnostiche che presentano questi casi, per quanto s'impieghino tutti i mezzi diagnostici conosciuti. Il più spesso la diagnosi viene fatta all'atto operatorio.

GERMANI. — Riconosce la rarità del caso, ma trova che detta rarità ha un interesse soltanto accademico, inquantochè la diagnosi di affezione renale operatoria era molto facile. Si augura che alle varie indagini urologiche sia aggiunta la pieloscopia, che completa la pielografia e rivolge perciò preghiera che sia acquistato l'opportuno apparecchio che oggi manca; apparecchio che può dare utile ausilio diagnostico in simili casi.

NICOLICH. — Fa osservare a Germani come l'interesse del caso presentato dal Novak non stia già nella diagnosi dello stesso, ma nella sua rarità, esistendo pochissimi casi descritti. Ritiene poi che neppure la pieloscopia avrebbe potuto portare un chiarimento diagnostico, qualora non fosse stato possibile eseguire la pielografia in seguito all'occlusione dei calici da parte del calcolo.

Contributo alla diagnosi dei tumori renali.

NICOLICH. — L'O. riferisce su tre casi di tumore renale, che ebbero a presente particolare interesse dal punto di vista diagnostico. Nel primo di essi trattavasi di una donna cinquantenne accolta nella divisione ginecologica per un voluminoso tumore addominale, ritenuto una cisti ovarica o un fibromioma uterino. L'esame dei genitali rivelò però come questi organi fossero normali e come quindi il tumore non traesse origine da essi. Essendo l'orina emorragica l'ammalata venne trasferita nel reparto urologico. L'esame funzionale dei reni e la pielografia sinistra rivelarono come la funzione del rene sinistro fosse abolita e come il liquido iniettato nell'uretere non risalisse che per 9 cm. in quest'organo. Si suppose perciò che il tumore fosse partito dal rene e si eseguì la laparotomia. Venne trovato un voluminosissimo tumore peduncolato, che a tutta prima si ritenne fosse una cisti ovarica. Il peduncolo del tumore si portava però verso la regione lombare mentre i genitali erano del tutto normali. Estirpato il tumore, questo risultò essere un ipernefroma. L'O. mette in rilievo l'importanza del caso in quanto molto raramente i tumori renali si introflettono nel peritoneo parietale in modo da apparire quali tumori intraperitoneali. Gli altri due casi erano interessanti dal punto di vista della diagnosi precoce, perchè in entrambi questa fu possibile grazie alla pielografia. In tutte e tre i casi si ottenne la guarigione operatoria per prima intenzione.

Anomalie dei reni e degli ureteri.

RAVASINI. — L'O. presenta una serie di casi di anomalie dei reni e degli ureteri osservati nel reparto urologico, e cioè un caso di echinococco in rene unico, quattro casi di reni a ferro di cavallo, due casi di rene doppio, tre casi di rene ectopico, quattro casi di dilatazione congenita degli ureteri, sette casi di uretere doppio. Questi casi furono osservati su circa 800 operazioni renali, nonchè su pazienti non operati, o si tratta di reperti d'autopsia. Negli ultimi anni il loro numero aumentò considerevolmente e ciò grazie ai metodi d'indagine più perfezionati. Presenta poi un caso di echinococco del rene guarito colla nefrectomia. Il caso presenta interesse per il reperto radiologico che fece vedere un'ombra tigrata, irregolare al polo superiore del rene. Il parassita occupava tutta la metà superiore del rene, aveva notevoli dimensioni, era composto di quattro cisti, delle quali una perforata nel bacinetto, mentre la funzionalità del rene era di molto diminuita. Presentazione del radiogramma e del preparato anatomico.

RISIGARI. — Riferisce sulla sintomatologia del rene a ferro di cavallo, dimostrandone l'origine embriologica e mettendo in evidenza tutti quei sintomi semeiologici e radiologici che permettano una diagnosi di questa malformazione.

Dott. E. RONCALI, *Segretario.*

Associazione Medico-Chirurgica di Alessandria.

Seduta del 9 novembre 1928 - Anno VII.

Esiti remoti di innesto omerale e di plastica del N. radiale.

FASANO (Asti). — L'O. riferisce brevemente su un caso di innesto osseo all'arto superiore destro con difetto di quattro cm. di diafisi e di qualche cm. di n. radiale e nel quale venne pure praticata la plastica del radiale con trasposizione del nervo.

Il risultato post-operatorio fu perfetto e tale rimase ancora dopo dodici anni, sia per la con-

solidazione ossea, sia per il ricupero funzionale del radiale.

Finzi. — In un caso analogo ebbe la ripresa della funzionalità dopo 25 giorni.

Un caso di cloroma.

Currado (Asti). — L'O., ricordate brevemente la clinica di questa malattia e le discussioni sulla patogenesi e sulla sua classificazione nosologica, riferisce un caso riguardante un bambino di 5 anni. Il p. presentava, oltre ai segni di deperimento accentuato una proliferazione sistematizzata delle linfoghiandole, leggera splenomegalia e comparsa di una tumefazione epicranica, che venne escisa a scopo diagnostico.

Essa non aveva il tipico colorito verdastro; l'aspetto istologico era però quello di una leucemia linfatica. L'esame morfologico del sangue non dimostrò l'esistenza di uno stato leucemico. Successivamente si manifestarono altre tumefazioni epicraniche, esoftalmo spiccato all'occhio destro, segno di diatesi, finchè non sopravvenne la morte nella cachessia più profonda a pochi mesi dall'inizio della malattia.

Debenedetti che ebbe pure occasione di vedere il caso descritto da Currado, dice che ciò che esso aveva di caratteristico era la localizzazione e che non deve meravigliare l'assenza della colorazione verde perchè lo stesso fenomeno è stato notato altre volte. Ritiene che il cloroma debba esser incluso nel capitolo delle leucemie e crede che i casi descritti superino i 40 segnalati e raccolti dal Mensi.

L'ernia del polmone.

Finzi (Alessandria). — 1) L'ernia polmonare è malattia rara, talora congenita, più spesso acquisita, come conseguenza immediata o tardiva di traumi o come conseguenza di malattie le quali diminuiscono la resistenza di una determinata zona del torace.

2) L'ernia polmonare, astrazione facendo dalle ernie congenite le quali si sviluppano lentamente e si presentano un certo tempo dopo la nascita, è più frequente negli uomini perchè più esposti delle donne agli sforzi violenti e ai traumatismi e negli individui maturi e nei vecchi, il torace dei quali è notevolmente meno elastico di quello dei fanciulli.

3) L'ernia polmonare si produce nella zona toracica che ha perduto della sua resistenza nella fase espiratoria per l'aumento della pressione polmonare, dipendente sia dalla espirazione a glottide chiusa (Cloquet), sia dalla ampiezza, rapidità e precipitazione dell'espirazione (Morel Lavallée).

4) L'ernia polmonare si può presentare in qualunque zona della superficie toracica, è rarissima nella parte posteriore per la maggior ristrettezza degli spazi intercostali, per il maggior spessore degli strati muscolari, per la minor mobilità dell'organo e per la minor frequenza di grandi traumatismi in questa regione. La forma e le dimensioni dell'orificio da una parte e la costituzione degli involucri dall'altra e il loro stato anatomo-patologico, sono spesso strettamente legati al momento etiologico. Anche l'ernia polmonare può andare soggetta allo strozzamento.

5) La sindrome clinica, per quanto varia è tale da rendere difficile l'errore diagnostico se si prenderanno nella loro giusta considerazione i sintomi più caratteristici consistenti: nella scomparsa o diminuzione del tumore erniario nella inspirazione, nella comparsa o nell'aumento del tumore nell'espirazione, nella riduzione con crepitazione, nella risonanza chiara alla percussione, nel murmure vescicolare all'ascoltazione.

6) Pur non essendo grave il pronostico è consigliabile una terapia che porti alla riduzione stabile dell'ernia, il che si potrà talora ottenere, specie nelle traumatiche immediate, con mezzi incruenti, mediante fasciatura compressiva che mantenga ridotta l'ernia in modo che la sua guarigione definitiva sia strettamente legata al processo di riparazione naturale delle lesioni prodotte dal trauma. Più spesso si dovrà di necessità ricorrere a un intervento chirurgico cruento, le modalità tecniche del quale potranno variare a seconda dei casi e del particolare stato anatomo-patologico, cercando però di dare la preferenza a metodi di plastica ossea o periostea o cartilaginea, come quelli che offrono maggior garanzia di stabile e duraturo successo.

Fasano dice di aver constatato un'ernia congenita del polmone in un bambino di pochi giorni.

Ferrari crede che l'ernia del polmone si produca più facilmente nell'adulto a causa delle aderenze pleuriche. Per questo fatto essa troverebbe un riscontro nell'ernia amniotica che avviene quando esistono delle aderenze tra la decidua ed il polo superiore dell'uovo.

Il metodo paratopico nella cura locale della tubercolosi polmonare.

Coda (Villalvernia). — L'O. dopo aver diffusamente esposto il modo di agire dei metodi di cura paratopici o ad azione localizzata in profondità, e dopo aver elencato le ragioni che ne indicano l'opportunità dell'applicazione, espone i risultati ottenuti nella cura della tubercolosi polmonare con questo sistema e mediante l'uso di essenza di aglio che avrebbe un'azione specifica contro il bacillo della tubercolosi. I risultati che l'O. ottenne in molti casi sono quanto mai lusinghieri e perciò ritiene, in base alla sua esperienza, di poter consigliare l'applicazione su vasta scala di questa forma di terapia.

Debenedetti, si mostra sorpreso dei risultati ottenuti e riferiti da Coda, perchè, per quanto non contrario alla cura sintomatologica locale, dubita che essa possa sortire un effetto curativo vero e proprio.

Gualino dice che Coda, nel metodo da lui preconizzato per la cura della tubercolosi, ha dei precursori non solo nella tradizione popolare, ma anche nello stesso Galeno che, contro quella che egli chiama la « pleurite cronica » usava gli empiastri di aglio, ed il Plinio che della cosa fa menzione nei suoi « Libri Historiae Naturalis ».

Locatelli nella sua pratica al locale Dispensario antitubercolare ha ottenuto i risultati più disparati da tutte le forme di terapia della tubercolosi. In un caso che trattò con empiastri di aglio ebbe risultati brillantissimi.

Finzi è convinto che il problema terapeutico della tbc. sia ben lungi dalla sua soluzione; appunto perciò ritiene opportuno che tutte le for-

me di terapia siano sottoposte ad esperimento ed incoraggia il dott. Coda a proseguire nelle sue prove, invitandolo poi a riferire ancora i risultati.

FERRARA sperimenterà il metodo seguito dall'O. nella cura della tubercolosi addominale.

Le forme cliniche e la diagnosi della tifo-bacillosi.

BOLOGNA. — Sulla guida di un caso da lui seguito e di cui riferisce diffusamente la storia clinica, l'O. espone le difficoltà che spesso si oppongono ad una diagnosi precisa di questa infermità.

CURRADO ritiene errata la denominazione di tifo-bacillosi perchè le somiglianze col tifo sono più apparenti che reali. Più che di altro, si tratta di forme miliari discrete e guaribili.

Un caso di psoriasi con artrite deformante.

SCARABELLI (Alessandria). — L'O. illustra il caso di una ammalata da psoriasi e con fenomeni assai pronunziati di artrite deformante, e presenta alcune interessantissime radiografie da cui si rilevano le caratteristiche proprie di queste lesioni, caratteristiche che essendo ben diverse da quelle proprie del reumatismo poliarticolare e del pseudo-reumatismo del Poncet fanno ritenere le due affezioni cutanea ed articolare non come fatti concomitanti, ma come dipendenti ambedue da un unico fattore eziologico.

CORTONA rileva lo speciale interesse del caso e, a nome anche dello Scarabelli, promette la presentazione di altri casi dai quali meglio emerga il rapporto tra psoriasi ed artrite.

La curieterapia nei fibromi dell'utero.

PERAZZI (Alessandria). — L'O. afferma il principio che i fibromi dell'utero vanno trattati chirurgicamente o con la miomectonia e colla resezione alta alla regione istmica con conservazione delle ovaie.

Nei casi ove esiste una controindicazione all'intervento chirurgico l'O. dopo una disamina dei vantaggi e dei pericoli che presentano la Röntgen e la Radium-terapia, in base ai risultati ottenuti in 10 donne trattate colla Radium-terapia esprime la convinzione che la Curieterapia è preferibile perchè si aggrediscono direttamente i nodi fibrosi conservando, almeno in parte, la funzione ovarica.

L'O. sostiene che la actinoterapia può dare buoni risultati, ma deve essere fatta da specialisti ginecologi che soli possono valutare le indicazioni e le controindicazioni in ogni caso che si assume in cura.

FERRARI domanda se gli elementi morti in seguito alle applicazioni non alterino il metabolismo tanto da turbare la ripresa generale delle pazienti.

PERAZZI risponde che nella sua esperienza di dieci casi non osservò mai fatti tossici.

Un caso di spondilite luetica.

DEBENEDETTI (Asti). — L'O. riferisce un caso di spondilite delle prime tre vertebre cervicali di indubbia natura luetica. Il malato, di 63 anni, soffriva da molti mesi di disturbi identici a quelli di un Pott cervicale: particolarmente violenti i dolori irradianti all'occipite. L'esame radiologico (vengono presentate alcune fotografie), dimostra la scomparsa degli spazi intervertebrali e decalcificazione notevole. La diagnosi eziologica potè essere assicurata dall'anamnesi, dalla R. W., dal rapidissimo dileguarsi dei dolori e dalla diminuzione della rigidità sotto l'azione della cura specifica; inoltre dal processo di guarigione del pari rapido, di una gomma del manubrio dello sterno, ulcerata. Il malato è guarito da oltre 3 anni, e sta bene pur avendo sofferto nell'intervallo di una nefrosi luetica che ha ceduto alla cura specifica. La R. W. è sempre positiva.

La riproduzione sperimentale dei rumori di rantolo ed il loro determinismo fisico. I rantoli secchi, il rantolo tracheale ed il rantolo orale.

MINERBI (Ferrara). — È una interessantissima memoria non riassumibile per il suo carattere eminentemente sperimentale e che verrà quindi pubblicata integralmente negli « Atti dell'Associazione ».

Rottura spontanea dell'utero in travaglio di parto.

CANUSO (Alessandria). — L'O. riferisce brevemente di una donna gravida a termine ricoverata nella Maternità di Alessandria con vizio pelvico di 1° grado e feto assai sviluppato, la quale, proprio all'inizio del periodo espulsivo, ha avuto improvvisamente la rottura dell'utero senza i soliti sintomi premonitori. Operata d'urgenza di isterectomia per via laparatomica si constatò un'ampia lacerazione sul margine sinistro del segmento uterino inferiore e fuoriuscita del feto, morto, e della placenta nel cavo peritoneale. La paziente è guarita. L'O. mette in rapporto tale rottura dell'utero avvenuta così improvvisamente con il *locus minoris resistentiae* stabilitosi in seguito ad una pregressa grave lesione traumatica da intervento embriotomico cui fu sottoposta la paziente in un parto precedente.

FERRARI ricorda un caso pressochè identico occorsogli molti anni fa e che ebbe esito infausto per l'ostinata riluttanza della paziente ad accettare il ricovero in ospedale.

Metastasi ossea di carcinoma gastrico.

SARDI (Asti). — L'O. riferisce, documentandolo con reperti radiologici, necroscopici ed istologici un caso di metastasi al terzo inferiore dell'omero destro di un carcinoma gastrico riscontrato in un uomo di 53 anni che otto mesi prima aveva avuto violenti dolori all'epigastrico seguito da abbondante ematemesi. Operato di gastroenteroanastomosi, dopo pochi mesi di relativo benessere, soccombette per l'ulteriore evolversi del tumore.

Il caso è particolarmente interessante per la rarità delle metastasi ossee da neoplasie gastriche e per l'unicità delle metastasi, benchè il trasporto avvenuto per via ematica potesse far pensare ad una probabile disseminazione al polmone ed al fegato.

CAREZZANO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Il dolore toracico dei sifilitici.

Bauer (*Medizinische Klinik*, 1928, n. 10) rileva che nel corso dell'aortite sifilitica i pazienti soffrono due specie di dolore con caratteri e origine diversa: la semplice aortalgia, senza angoscia e senza senso di morte imminente, e la vera angina pectoris con il tipico dolore e le sensazioni associate.

L'aortalgia semplice è un sintoma d'inizio della mesoarterite e sembra dovuta alla dilatazione dell'aorta. Essa risente l'azione del trattamento specifico e specialmente degli arsenobenzoli associati al bismuto, a dosi dapprima deboli e progressivamente rinforzate.

L'angina pectoris sifilitica è generalmente più tardiva e dipende dalla diffusione dell'arterite alle coronarie. In questa forma il trattamento specifico è assolutamente controindicato. Un'iniezione di arsenobenzoli può provocare la morte improvvisa. Tutt'al più si può tentare la cura arsenicale per via orale.

È a rilevare che nelle forme non sifilitiche, nell'ateroma, l'aortalgia semplice non si verifica o è molto attenuata, perchè le lesioni sono endoarteritiche e non interessano la mesaorta.

L'angina pectoris è nella sifilide più grave perchè le lesioni interessano l'origine delle coronarie e quindi compromettono la circolazione in tutto il territorio coronario, mentre le ordinarie lesioni ateromatose possono localizzarsi in punti diversi del tronco coronario.

Il trattamento antisifilitico moderno evita lo sviluppo delle forme gravi della sifilide aortica. Secondo le statistiche di Bauer le complicazioni gravi della sifilide aortica sono ora meno frequenti di prima, mentre le forme frustre, latenti, scoperte all'autopsia tendono ad aumentare.

Quando l'aortite è accompagnata da insufficienza aortica e da sintomi anche non molto evidenti di indebolimento cardiaco occorre limitarsi al trattamento tonicardiaco e diuretico. Talvolta si può tentare una cura arsenicale per via boccale.

Come si è detto, l'aortalgia semplice cede al trattamento arsenobenzolico, ma non è vero che a distanza di tempo l'affezione si ripresenti sotto forma di una vera angina pectoris, che può essere interpretata come una nuova localizzazione coronaria del processo aortico, o come un risentimento coronario della cicatrizzazione delle vecchie lesioni.

L'aortite aneurismatica risente l'azione del trattamento specifico. DR.

La diagnosi delle crisi solari.

Salmon (*Journal Méd. Français*, agosto 1928) osserva che le crisi solari sono manifestazioni di simpaticotonia gastro-intestinale, e che l'influenza della vagotonia è del tutto accessoria in quanto le fibre del vago attraversano il plesso senza prendervi rapporti di sorta.

Il fatto essenziale della crisi è il dolore, che si manifesta improvvisamente e raggiunge rapidamente la massima intensità: può essere continuo o parossistico. Ha sede all'epigastrio, ma può diffondersi anche in altre parti corrispondenti ai plessi periarteriosi.

Il secondo grande sintoma della crisi solare è costituito dalla pulsazione accentuata dell'aorta addominale e dei suoi rami.

Sintomi accessori, costituenti sempre manifestazioni della simpaticotonia, sono la nausea, il vomito, la diarrea.

Possono aversi crisi acutissime e subacute, e sindromi croniche.

La diagnosi differenziale delle crisi solari è spesso difficile, in quanto esse possono simulare tutte le sindromi dolorose addominali.

Importante è la distinzione tra crisi solare e fenomeni d'ipervagotonia.

Le crisi solari possono essere prodotte da lesioni degli organi vicini: peritoniti, affezioni gastriche (sopratutto lesioni ulcerative e cancerigne della piccola curvatura e della faccia posteriore), pancreatite cronica e sopratutto il cancro del corpo del pancreas, affezioni intestinali varie, aneurisma dell'aorta addominale.

Le crisi solari possono verificarsi nel corso della tabe e di sindromi endocrino-simpatiche.

Le forme funzionali di crisi solari si verificano per lo più in individui di aspetto particolare: soggetti magri con segni marcati d'inanizione e ptosi viscerale, individui che sono quasi sempre neurastenici.

Le crisi solari si hanno anche in donne affette da fibromi dell'utero, cisti dell'ovaio, e coincidono spesso con altre manifestazioni d'eccitazione del simpatico toraco-lombare.

DR.

CASISTICA.

La sifilide polmonare granulica.

In tutta la patologia dell'apparato respiratorio domina la difficoltà clinica, e anche anatomopatologica, della differenziazione della tubercolosi dalla sifilide. Per quanto la prima domini, si deve sempre pensare alla seconda. Favre e Contamin (*Lyon Méd.*, 28 luglio 1928) riportano un

caso assai istruttivo della forma granulica della sifilide polmonare. Il malato (19 anni) aveva tutti i segni che impongono la diagnosi di granulia (miliare). Sospetto di tubercolosi da lungo tempo, sebbene con esami batterioscopici sempre negativi, non si poteva fare altra diagnosi in un P. cianotico, con polso rapido e col torace pieno di rantoli (!). L'autopsia rilevò lesioni assai estese di sifilide sclerogommosa. Esistevano delle gomme di dimensioni variabili, da una nocciola a quelle piccole come una lenticchia, dure, fibrose, arrotondite. Queste gomme in miniatura stanno alle grandi gomme come le granulazioni stanno ai tubercoli. Esse sono formate di noduli fibrosi nella trama dei quali si osservano delle isole di degenerazione granulosa, e dei depositi irregolari di pigmento. Al tessuto polmonare che sussiste tra le gomme ed i focolai di sclerosi, si sostituisce un tessuto connettivo ricco in cellule plasmatiche, nel seno del quale si vedono cavità regolari, rotonde o tubolari, od irregolari a pareti proliferanti.

Si tenga presente questa sifilide granulica e vi si pensi quando di fronte alla diagnosi di miliare l'esame batterioscopico persiste costantemente negativo. L. TONELLI.

La trombo-arteriolite micotica della polmonare.

L'arterite acuta dell'arteria polmonare è una affezione che si verifica di rado, sia in forma primaria sia come complicazione di un processo infiammatorio del parenchima polmonare. Sotto questo nome vengono impropriamente riferiti alcuni casi che sono da ascriversi invece ad una malattia cronica vascolare o precisamente all'arteriosclerosi.

U. de Castro (*Cuore e Circolazione*, n. 1, 1929) studia dettagliatamente le particolarità anatomopatologiche e cliniche di un caso di arterite acuta della polmonare, nel quale coesistevano processi trombotici a carico delle piccole arterie, ove la flogosi aveva sede di predilezione.

L'infezione sostenuta dal diplococco di Fränkel ed indovata nelle pareti bronchiali aveva dato luogo a processi infiltrativi dei tessuti circostanti ai bronchi e per via linfatica si era propagata alle pareti arteriose, interessandole dall'avventizia verso l'intima e determinando condizioni adatte all'istituirsi di trombi, i quali per la loro sede nelle fini diramazioni e per la diffusione ad un numero rilevante di arteriole erano imputabili quali fattori dei perturbamenti idraulici nel circolo polmonare e, in conseguenza, delle modificazioni rilevate a carico del cuore e precisamente alle sue sezioni destre.

I sintomi presentati dall'ammalato offrivano molte analogie col quadro clinico dell'arteriosclerosi polmonare secondaria o broncopatie croniche (cianosi, dissociazione cianotico-dispnoica, segni d'ipertensione nel circolo polmonare, ecc.) pur dimostrando particolarità proprie suscettibili di una più precisa valutazione intra-vitam.

La diagnosi clinica tuttavia potrà essere avanzata solo in via probativa quando sia possibile escludere tutte le altre affezioni che possono dare lo stesso quadro sintomatologico (empiema polmonare, affezioni valvolari croniche, vizi congeniti di cuore).

L'A. infine, dallo studio sintetico della letteratura sull'argomento, trae importanti conclusioni per quanto riguarda l'eziologia e la patogenesi.

A. P.

L'adenopatia tracheobronchiale tubercolosa nell'adulto.

L'adenopatia tracheobronchiale tubercolare si svolge nei bimbi sotto due forme fondamentali: *a*) la forma caseosa a decorso rapidamente fatale, che sarebbe data da una prima infezione grave: e *b*) la forma a decorso cronico, che è più benigna. È data anatomopatologicamente da una iperplasia ganglionare con qualche tubercolo sparso nel parenchima glandolare, con o senza punti di caseificazione. Clinicamente essa dà i classici segni dell'adenopatia tracheobronchiale.

Nell'adulto si ha talora, in razze o individui vergini, la prima forma, ma fino ad oggi non si è voluta ammettere la seconda forma.

Patricos (*Le Jour. de Méd. de Lyon*, marzo 1928) ammette anche questa seconda forma nell'adulto. Essa avrebbe gli stessi segni clinici che nei bimbi; un'evoluzione subacuta o cronica. Dai gangli mediastinici poi i b. migrerebbero e si localizzerebbero nel polmone.

L. TONELLI.

TERAPIA.

Profilassi e trattamento dell'escara da decubito.

1) Cambiare frequentemente la posizione del malato.

2) Evitare l'umidità, con accurata teletta della regione: pulizia frequente con alcool, glicerina, tannino (a 1 %), spolverando poi con talco od altre polveri analoghe. Evitare i tessuti impermeabili, mettendo il malato su lenzuola fini e non rugose, ed applicando la ciambella di gomma od il materasso di acqua. Evitare le minzioni e le defecazioni in letto, mettere eventualmente l'urinale permanente.

Per il trattamento, raddoppiare le cure, in presenza di flittene o di piccole erosioni cutanee; pulizia scrupolosa e spolveratura con talco, ossido di zinco, bismuto, o con pomate al bismuto ed ossido di zinco. Mettere un impiastro all'os-

sido di zinco. Tutte le polveri debbono essere asettiche e senza grumi.

Far distaccare l'escara eventualmente formatasi: pomate al gomenolo, al collargolo, al balsamo del Perù, lavature al nitrato d'argento: medicature all'olio gomenolato; distaccare l'escara con le forbici, senza farla sanguinare.

Disinfettare la piaga con lavature al Dakin, medicatura con vaccini o con tripaflavina; incidere le sacche dove si ha suppurazione.

Eccitare la cicatrizzazione, medicando con *tulle grasso*, che evita di strappare le granulazioni e di fare sanguinare la piaga.

Utili sono le applicazioni di aria calda ed i raggi ultravioletti.

(*Journ. de méd. de Paris*, 27 sett. 1928).

fil.

I liposolventi nella terapia delle dermatosi.

In alcune epidermiti micosiche o microbiche, si otterranno buoni risultati utilizzando la seguente miscela:

Alcool (a 60°-90°); Etere, ana g. 15; Acido benzoico; Acido salicilico, ana cg. 20 a g. 1.

Nel trattamento dell'acne e dei comedoni, è particolarmente indicato lo xilolo; questo ha anche il vantaggio di distruggere, *in situ*, il Demodex folliculorum. Si incomincerà col prescrivere:

Alcool a 90°; Etere ana g. 40; Cloroformio; g. 20; Xilolo g. 5-10.

Si fanno frizioni leggere; dapprima una volta al giorno, poi mattina e sera. Si aumenta man mano la proporzione del cloroformio e dello xilolo, man mano che le lesioni diventano più tolleranti.

(*Journ. de méd. de Paris*, 27 sett. 1928).

fil.

Nell'eritema actinoterapico.

In casi di prurito e di eritema poco marcato, è utile la pomata seguente, che non irrita e che impedisce ai malati di grattarsi.

Vaselina	g.	25
Lanolina anidra	g.	10
Acqua di lauro rosa	g.	10
Glicerina	g.	10

Un nuovo rimedio contro i geloni.

G. C. Van Walsem (*Nederlansch tijdschrift voor geneeskunde*, 8 dicembre 1928) riferisce di avere ottenuto grande giovamento nell'uso del monoclorobenzol, che egli ha trovato ancor migliore del paradiclorobenzol, che è stato già consigliato.

Si usa una soluzione alcoolica al 10 % e se ne spennellano i geloni, che non devono essere ulcerati, per tre volte al giorno. Non vi è bisogno di fasciatura, trattandosi di liquido che evapora facilmente.

Altri vantaggi sono l'odore gradevole ed il poco costo.

fil.

Pomata contro le ustioni.

Pr.:	Vaselina pura	g.	100
	Acido borico fin. polv.	»	10
	Balsamo del Perù	»	1
	Naftolato di sodio	»	0,50

(*Journ. de méd. de Paris*).

Nelle adeniti cervicali tubercolari.

Jean Marian (*Journ. de méd. de Paris*, 4 ottobre 1928) consiglia di iniettare, con un ago fino, V-VI gocce della seguente soluzione:

Jodio metalloide	g.	6
Guaiacolo	»	10
Cloroformio	»	60
Olio di mandorle sterilizzato	»	40

La soluzione va tenuta in recipienti di vetro colorato ed all'oscurità. Si deve aver cura che lo jodio sia ben disciolto e non in sospensione.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Predisposizione alle ernie. - All'abb. n. 5613-1:

La predisposizione anatomica all'ernia è costituita talora da un sacco erniario già pronto a ricevere un viscere il quale può immettervisi da un momento all'altro o per l'azione di uno sforzo unico violento (e talora queste ernie si strozzano al momento stesso che si producono) o in conseguenza di piccoli successivi sforzi che passano inosservati perchè sono quelli che occorrono nella vita ordinaria; in questo caso, perciò, mentre appare evidente la predisposizione anatomica, non appare evidente l'azione dello sforzo.

I casi suddescritti si riferiscono alla persistenza di un tratto più o meno esteso del dotto vagino-peritoneale e perciò alle ernie così dette congenite appunto non perchè esse appaiono alla nascita del bambino, ma perchè, anche rendendosi evidenti in età più o meno avanzata, hanno un sacco completo o un inizio di sacco fin dalla nascita.

Diverse sono le ernie così dette dirette nelle quali la predisposizione anatomica consiste in una debolezza dei muscoli addominali che non oppongono la dovuta resistenza agli aumenti della pressione endoaddominale, specialmente sottendendo la fascia trasversale e i legamenti di Henle ed Hesselboch.

In questo caso non è in generale uno sforzo unico che determina l'ernia, ma sforzi ripetuti le-

gati alle condizioni di vita e di lavoro dei soggetti (prostatici, tossicolosi, suonatori di strumenti a fiato ecc.).

Cosicchè si può dire che il solo sforzo non basta a produrre un'ernia, se non vi sia una predisposizione anatomica mentre la predisposizione anatomica può portare ad un'ernia senza il concorso di sforzi evidenti.

G. MATRONOLA.

Dosamento dell'acidità negli olii. — Al dottor D. S. G., da O. C.:

Le consiglio il metodo Villavecchia. Si usa un palloncino di vetro a fondo piatto; in esso si mettono 5 grammi di olio e 50-60 cmc. di alcool a 95, neutro alla fenolftaleina. Si mette poi a bagnomaria e lo si tiene fino a che l'alcool incomincia a bollire. Lo si ritira dal bagno-maria e si aggiungono 7-8 gocce di fenolftaleina (soluzione alcoolica all'1 %). Poi, da una buretta si fa colare gradatamente della soluzione titolata di soda caustica o potassa caustica fino a colorazione rossa (debole) persistente.

L'acidità si esprime, o con il così detto *indice di acidità* (per il quale, si moltiplicano i cmc. di soluzione usata per 5,6 e si divide per 5) oppure in acido oleico (per il quale si moltiplicano i cmc. usati per 0,0282 e si moltiplica per 20). Ufficialmente si usa l'acidità espressa in acido oleico (l'olio non deve superare 4).

La soluzione usata (di soda o di potassa caustica) è la soluzione decinormale (circa il 4 %); essa deve essere preparata da un chimico esperto. Vi sono in commercio delle soluzioni già preparate da case di provata fiducia che, opportunamente diluite, danno la soluzione desiderata.

fil.

VARIA.

La patologia della moda.

L'esperienza ha oramai consacrati i vantaggi igienici di alcune particolarità della moda femminile, che si sono diffuse in tutto il mondo civilizzato negli ultimi quattro lustri.

L'adozione delle gonne corte, l'ostracismo dato ai busti, la nuova acconciatura dei capelli, la semplicità delle vesti, insieme ad alcuni cambiamenti d'abitudini che hanno resa la donna più libera e l'hanno allenata anche agli esercizi sportivi, hanno senza dubbio contribuito a ridurre la morbosità femminile, hanno sopra tutto notevolmente diminuita la casistica della clorosi e dell'isterismo, che una volta affliggevano buon numero di giovanette.

Questi mutamenti hanno avuto rapida diffusione meno per considerazioni igieniche e più perchè ritenute più comode e sopra tutto perchè conferivano nuove grazie alle donne.

Ma queste non si sono contentate del miglioramento del colorito che loro apportava la benefica moda, hanno voluto rendere ancor più marcate le differenze cromatiche della tavolozza della loro cute, delle loro mucose, dei loro capelli, dei loro occhi.

Il desiderio del nuovo, dell'eccezionale, del distinto che è l'essenza della moda, ha indotto a nuovi espedienti, a veri trucchi, e la tendenza semplicista della moda, quale si era manifestata negli ultimi anni, ha avuto un vero capovolgimento: si tende ora alla complicazione.

Il taglio dei capelli non è più sufficiente: si devono radere le sopracciglia ed arcuarle in foggie determinate. Ai capelli, ai peli bisogna dare colori strani, che costituiscano un vero segno di originalità e di distinzione.

Non basta che la cute e le mucose siano naturalmente rosee per la carezza del sole, per il colore apportato dal sangue fatto dalla vita libera più rosso e più abbondante; occorre che le gote e le labbra siano accese da un vermiglio che faccia esibizione della sua artificiosità, perchè in questo è la distinzione.

Non è più sufficiente che con il moto più abbondante e più libero, con la respirazione più ampia per l'abbandono del busto, le donne abbiano lasciato il pallido grasso di cui erano cariche una volta; è necessario ora annullare le curve del corpo con cure dimagranti a base di prodotti e di diete tutt'altro che innocue.

La cosmesi e l'arte di sembrar belle ha oggi raggiunto una diffusione ed un'intensità veramente preoccupanti dal punto di vista igienico.

L'adrenalina, che rende più bianca la congiuntiva e l'occhio più brillante, e la tiroidina, che riduce il grasso, fanno oramai parte insieme ai cosmetici ed ai profumi, dell'armamentario... farmaceutico delle donne più eleganti.

E, nei centri dove la vita mondana ferve più intensa, sono stati già registrati casi di affezioni oculari provocate dall'uso prolungato delle instillazioni congiuntivali dell'adrenalina.

E non è il caso d'insistere sui disastri che può provocare l'abuso dell'estratto tiroideo, combinato o non con l'abuso di purganti e con l'ipoalimentazione. Tutto ciò oltre a ridurre il grasso, il che il più delle volte è per sè stesso un danno, diminuisce la vitalità dei tessuti e la resistenza organica.

È ben nota l'azione nociva di tinture per capelli a base di nitrato d'argento e di parafenilendiamina, e di depilatori a base di solfuro di magnesio e di calcio.

Non meno nefaste sono alcune creme ed i così detti lapis rossi e neri adoperati rispettivamente per imbianchire e imbrunire la pelle, per arrossire le gote e le mucose, per marcare le ombre e modificare le curve delle sopracciglia.

La sezione di dermatologia e di sifilografia dell'American Medical Association ha fatto un'inchiesta intesa a stabilire la natura e l'estensione dei danni determinati dai così detti prodotti di bellezza.

È stato così assodato che buon numero di creme e di lapis rossi sono tutt'altro che innocui. Ad esse si devono attribuire molte dermatiti eczematiformi, con eruzioni anche gravi.

L'analisi dei prodotti responsabili di tali lesioni ha dimostrato che essi contengono cloruro di mercurio e mercurio ammoniacale.

Parecchie tinture che sono largamente adoperate, contengono argento, arsenico e resorcina.

Non meno pericoloso è l'uso dei così detti deodoranti e dei depilatori. Levy-Franckel e Juster hanno osservato in Francia casi di violente dermatiti eczematiformi e di adenomi ascellari dopo l'uso di tali prodotti, nonchè casi di eczema orbicolare delle labbra consecutivi all'impiego di lapis rossi.

Gli stessi autori hanno richiamato l'attenzione su un altro disturbo prodotto dall'attuale moda femminile. Si tratta di un edema circoscritto della faccia dorsale del piede, determinato dalle scarpine basse a tacco alto e tenute a posto da una piccola striscia di cuoio.

È un edema bianco roseo, duro, dolente, a limiti netti che sono esattamente segnati in basso dall'orlo delle scarpe ed in alto dalla linea semicircolare corrispondente alla striscia di cuoio.

Questo edema bilaterale, che è stato osservato anche dopo l'uso di scarpe a tacco alto senza striscia di chiusura, compare di solito dopo una lunga passeggiata. Se si abbandona l'uso delle scarpe responsabili del disturbo, questo scompare rapidamente, altrimenti esso persiste anche la notte e diventa permanente.

Questi edemi si distinguono nettamente dagli edemi nefritici e cardiaci e da quelli varicosi, per la loro localizzazione e forma.

Garion ha richiamato l'attenzione sul fatto che le scarpe strette ed a tacco alto ed a piano molto inclinato in avanti predispongono alle varici, nonchè ad un edema duro della gamba che si costituisce lentamente, dapprima nella regione retromalleolare, per salire poi lungo la gamba, la quale assume consistenza e diviene liscia, brillante e grossa.

Tutti questi disturbi circolatori si aggravano d'inverno: le parti non coperte dal cuoio e mal-protette dalle calze sottili diventano cianotiche e si coprono di ragadi.

I piedi dolenti occasionati dai capricci della moda sono purtroppo frequentissimi.

La strettezza della tomaia, l'inclinazione della suola produce una deformazione del piede, una pressione forte e costante su alcune parti del piede stesso.

La pressione e deformazione sono più dolorose quando le scarpe sono nuove: le scarpe nuove impongono, generalmente, vere torture. Poi un poco per volta, il calore e l'umidità rammolliscono ed ammorbidiscono il cuoio, che finisce con l'adattarsi al piede, senza però che questo non abbia subìto deformazioni, sopra tutto l'appiattimento con le sue conseguenze dolorose.

Le stesse scarpe provocano le formazioni di calli sopra tutto in corrispondenza del 5°, 4° e 3° dito e del 2° e 3° metatarso.

L'insufficiente equilibrio derivante dal tacco troppo alto rende necessarie continue contrazioni dei gemelli e la contemporanea inazione degli antagonisti, donde gibbosità ed inestetici appiattimenti. D'altra parte l'andatura si fa saltellante, si determina facile stanchezza, mentre il riposo non compensa mai l'affaticamento.

È interessante il fatto che il più delle donne sofferenti di questi disturbi non abbandona l'uso delle scarpe responsabili, malgrado la persistenza del male e la sicura consapevolezza della sua causa.

Ciò dimostra ancora una volta che ai mutamenti della moda concorrono fattori psicologici ai quali sono presso che estranee le considerazioni igieniche.

Per quanti decenni ha resistito alle critiche dei medici la moda di quello strumento di tortura, di quella causa sicura di malattie, che era il busto?

argo.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Profilassi dell'influenza.

Il Ministero dell'Interno (Direz. Gen. della Sanità Pubblica, Divis. VI, Sez. I) ha diramato ai sigg. Prefetti del Regno ed al Governatore di Roma la seguente circolare n. 20300.2, in data 10 gennaio:

Data la manifestazione in taluni Paesi dell'Estero di epidemie influenzali, per ora prevalentemente a carattere benigno, reputasi opportuno richiamare l'attenzione delle EE. LL. e degli Uffici sanitari dipendenti su alcuni punti fondamentali utili per la razionale profilassi dell'influenza, che formarono già oggetto della circolare 20 gennaio 1927-V.

Giova anzitutto ricordare che, trattandosi di contagio rapidamente diffusivo anche per tramite di persone sane, portatrici del Virus, l'adozione di rigorose misure contumaciali e di isolamento, quali si adottano per altri morbi epidemici, riuscirebbe oltremodo difficile oltre che di limitata efficacia, sia a causa del grandissimo numero di malati, che in brevissimo tempo suole aversi nelle contingenze di pandemia influenzale, sia per la grande frequenza delle forme lievi ed ambulatorie, che sfuggono a qualsiasi vigilanza.

L'indicazione delle varie misure profilattiche vien data dalla conoscenza dei postulati epidemiologici, dimostranti che il materiale infettivo influenzale si elimina e si diffonde attraverso le vie respiratorie; che esso è labile nell'ambiente esterno; e che il mezzo più comune di trasmissione risiede nei contatti diretti con malati ovvero con portatori.

Ciò premesso il piano organico da predisporsi per la profilassi dell'influenza epidemica deve tendere alle seguenti finalità:

1) predisporre in tempo la efficienza della assistenza medica e farmaceutica, assicurando la provvista di medicinali anche per i poveri specialmente nelle borgate rurali; provvedere, per ogni possibile evenienza, alle necessità per il ricovero di malati oltre la ordinaria potenzialità degli ospedali; assicurare la maggiore intensificazione e speditezza dei servizi pubblici di igiene e di profilassi;

2) attuare continuata vigilanza collettività, quali specialmente le caserme, i convitti, le scuole, i pubblici istituti di ricovero, ecc.;

3) evitare nei locali di pubblico ritrovo (cinematografi, teatri) affollamento non proporzionato alla capacità dell'ambiente, ed assicurare in essi la radicale pulizia, la disinfezione giornaliera, la adeguata ventilazione; curare la pulizia e disinfezione dei mezzi di pubblico trasporto ed in particolare dei tram;

4) curare la identificazione e la rapida denunzia della eventuale comparsa di focolai epidemici di influenza;

5) predisporre acchè la ospedalizzazione dei malati di influenza si faccia di preferenza, per quanto possibile, in riparti separati, ovvero che si adottino opportune cautele, quale la idonea separazione di questi infermi, per impedire la diffusione della malattia agli altri degenti ed al personale di assistenza. Utile misura profilattica è quella di disporre che tanto gli infermi quanto i medici e gli infermieri indossino vestaglia, da sterilizzarsi di frequente, e che adottino opportuni mezzi di difesa personale.

Data, poi, la gravità che l'influenza può assumere negli infermi colpiti da altre malattie, è consigliabile, in tempo di epidemia, impedire o limitare le visite del pubblico negli ospedali comuni;

6) eseguire sistematicamente la disinfezione degli escreati e dei secreti della cavità nasale e boccale, e degli oggetti del malato (fazzoletti, ecc.).

Attuare accurata pulizia e disinfezione delle sale di degenza, ed attivarne frequentemente la ventilazione.

Quanto sopra si fa presente alle EE. LL. in via di massima onde orientare razionalmente la azione di profilassi contro l'eventuale manifestazione di epidemia influenzale, raccomandando che frattanto si provveda alla maggiore intensificazione dei servizi igienici e sanitari senza destare qualsiasi ingiustificato allarme.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Alessandria della Rocca (*Agrigento*). — Scad. 10 mar. 2ª condotta; L. 9000 e 4 quadrienni; età lim. 40 a.

Bardi (*Parma*). — A tutto 28 feb.; 3° reparto con c. 3000 ab.; età lim. 40 a.; tassa L. 50; stip. L. 10.500 per 1200 iscritti, L. 500 ogni 250 iscritti in più o frazione; 5 quadrienni dec.; L. 4000 se uso cavallo; c.-v. se celibe.

Bolzano. *R. Prefettura.* — Al 31 mar., ore 18; uff. san. di Merano; titoli ed esami; ab. 20955 (1921); ha. 2598; L. 15.000 e tre quadrienni di L. 1200, oltre L. 1500 serv. att.; doc. a 3 mesi dal 1° feb.; età lim. 45 a.

Brindisi. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Scad. 28 feb.; direttore del Dispensario antitubercolare; L. 16.000; 2 quadrienni di L. 1000; serv. att. L. 4200; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

Cagliari. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanitario per Cagliari e borghi aggregati. Stip. iniziale lire 16.000, aument. L. 800 e L. 1000 dopo 1° e 2° quadriennio. Indenn. serv. L. 4200 oltre temp. indennità c.-v. Scad. ore 19 del 30 marzo p. v. Concorso per titoli e per esame. Chiedere bando Ufficio Sanitario Prefettura.

Castelsardo (*Sassari*). — Scad. 28 feb.; per « Tergu »; L. 10.500 oltre L. 2500 cav., L. 1800 uff. san.; tassa L. 25,05.

Codigoro (*Ferrara*). — A tutto 25 feb., 1ª condotta e direz. Ospedale Vitt. Em. III; ab. 5000

agglomerati; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre assegno complement. L. 2500, c.-v. L. 920 per coniugati e L. 200 per celibi, 55 % proventi ospedale; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10. Chied. annunzio.

CURINO (*Vercelli*). — Scad. ore 16 del 28 feb. Stip. L. 8000; alloggio gratuito; indenn. cavalc. L. 3500; motociclo L. 1800. Eventuali indenn. Uff. san. L. 500. Serv. ostetr. L. 500. Popolaz. leg. 2899 (resid. 1500). Docum. di rito. Tassa conc. L. 50.

FORDONGIANUS (*Cagliari*). — Scad. 28 feb.; con la fraz. Villanova Truschedu; L. 9000 oltre L. 500 uff. san., L. 1500 cav., c.-v.; tassa L. 50.

GROSSETO. — Scad. 10 mar.; per Battignano; L. 10.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 indennità speciale e indenn. c.-v.

LECCE. *R. Prefettura.* — Conc. per titoli e per esami per uff. san. dei comuni di Copertino, Galatina, Gallipoli, Maglie e Squinzano. Scad. termine present. dom. alla R. Prefettura di Lecce, ore 12 del 27 marzo.

LECCE. *Amministraz. Provinc.* — Due posti di coadiutore nel Laborat. Provinc. d'igiene e profilassi; scad. 28 feb.; v. fasc. 5.

MEZZANEGO (*Genova*). — Scad. 25 mar.; L. 8400 e 10 bienni ventesimo; età lim. 35 a.; tassa lire 50,15.

NOVARA. *Amministraz. Provinc.* — Direttore dell'Ospedale Psichiatrico; L. 16.000 e 6 quadrienni dec., oltre L. 3200 serv. att., c.-v., L. 5000 per corsi istruzione infermieri; alloggio per sè e fam., con luce e riscaldam.; età lim. 40 a. Scad. 28 feb.

RIGNANO GARGANICO (*Foggia*). — Conc. per titoli. Stip. L. 9000 con 5 aum. quadr. del decimo; c.-v. L. 294 annue. Scad. 8 marzo. Docum. di rito, senza tassa conc.

ROMA. *Ministero delle Colonie.* — Capi dei reparti di chirurgia femminile, e di stomatologia presso l'Ospedale coloniale Vittorio Emanuele III in Tripoli; v. fasc. 5; scad. 28 feb.

S. GIOVANNI IN GALDO (*Campobasso*). — L. 6000 e 3 quinquenni dec.; età massima 55 a.; scad. 15 mar.

SIRACUSA. — Scad. 26 feb.; 6ª cond. (Cassibile); L. 10.000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 1200 riducibili serv. att.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

SPOLETO (*Perugia*). — A tutto 28 feb.; L. 9000 oltre L. 600 serv. att., c.-v., L. 500-2000-4000 trasp.; voti esami speciali; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10; doc. non anter. al 30 nov.

STORO (*Trento*). — Scad. 24 feb.; ab. 3580, comprese 5 frazioni; L. 9500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 (rivedibili) cavalc., c.-v., L. 950 uff. san., alloggio « in natura »; tassa L. 50,15.

TERNI. *Amministrazione provinciale.* — Direttore Sezione Medico Micrografica e Assistente Sezione Chimica Laboratorio Provinciale Igiene e Profilassi. Titoli ed esami. Scad. prorogata al 28 feb.

TREVIGNANO (*Treviso*). — Per una svista abbiamo pubblicato che il concorso alla condotta medica è stato prorogato al 20 febbraio. Il concorso stesso venne chiuso definitivamente il 20 gennaio.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

BORSE DI STUDIO.

Lega Italiana per la lotta contro il cancro.

È aperto un concorso, per esame e titoli, tra i medici laureati da non oltre quattro anni, per il conseguimento di una borsa di studio di lire italiane 10.000, per recarsi in una o più sedi scelte e designate dalla Lega a trascorrervi un periodo di tempo di almeno sei mesi, allo scopo di perfezionarsi negli studi di istologia patologica, con particolare riguardo alla diagnosi dei tumori e alle applicazioni pratiche relative (biopsie). Esame pratico e teorico nel campo dell'istologia normale e patologica e titoli. Conoscenza di francese e tedesco o inglese. Documenti di rito richiesti dal Ministero della P. I. per il concorso di assistente alle cattedre universitarie. Il vincitore dovrà recarsi, entro 20 giorni dalla sua accettazione, nella sede di studio che la Presidenza della Lega gli avrà indicata per lettera raccomandata.

Il pagamento del contributo di L. 10.000 sarà fatto in tante rate mensili posticipate verso presentazione del documento probativo rilasciato dal direttore dell'Istituto che ospita l'assegnatario.

Il concorso si chiuderà il 15 marzo 1929 e per quel giorno i concorrenti dovranno aver fatto pervenire la loro regolare domanda con i relativi documenti ed il loro indirizzo esatto alla Segreteria della Sede centrale della Lega: Roma (33), piazza Cavour (Casa del Mutilato).

CONCORSI A PREMI.

Associazione professionale dei Dermosifilografi italiani.

È aperto il concorso al « Premio Locatelli » per gli anni 1928-29, con la somma di lire duemila, non divisibili, da consegnarsi all'autore del miglior lavoro, a giudizio dell'apposita commissione esaminatrice, sul tema: « La blenorragia nell'infanzia con speciale riguardo alla profilassi ed alla terapia ».

Il lavoro avrà scopo di propaganda igienica e sarà quindi svolto con criteri scientifici, ma in forma popolare e tale da poter esser letto con profitto, oltre che dai medici non specialisti, anche da tutti coloro ai quali, per ragioni d'insegnamento, di educazione, di custodia, ecc. sono affidati dei bambini della prima e della seconda infanzia.

I lavori presentati al concorso dovranno essere inediti. Saranno inviati al segretario dott. Felice Brunetti, Torino, via Garibaldi, 5, non oltre la fine del febbraio 1930. Gli autori dovranno essere di nazionalità italiana.

Modalità consuete. Chiedere annunzio.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

La R. Accademia Medica di Roma ha eletto presidente, con voto unanime, il prof. Vittorio Ascoli, nostro Direttore. Egli ha già fatto un turno quadriennale di presidenza, nel quale riorganizzò e animò di vita nuova l'Accademia, mentre istituì collateralmente una pubblica biblioteca medica. È quindi nella convinzione e nei voti di tutti che il prof. Ascoli saprà dare ancora impulso fecondo alla nobile istituzione.

L'Accademia di Medicina di Parigi ha eletto presidente il prof. Quénu, clinico chirurgo.

La commissione giudicatrice per il concorso alla cattedra di patologia medica a Siena, composta dei proff. Cesa-Bianchi, D'Amato, Micheli, Sclavo e Zagari, non ha proposto la terna ed ha ritenuto idonei soltanto i proff. Gamna Carlo e Di Guglielmo Giovanni. In base al risultato del concorso, il Gamna è nominato professore non stabile di patologia medica a Siena.

In una recente seduta la Facoltà di Modena per provvedere alla vacanza delle cattedre di anatomia patologica e patologia generale ha proposto il trasferimento dei proff. Ettore Ravenna della Facoltà Medica di Perugia e Guido Guerrini dell'Istituto Superiore di Medicina veterinaria di Milano.

Sono stati abilitati alla libera docenza in patologia medica i dottori: Alessu Francesco, Berri Pietro, Chimisso Luigi, Da Rin Oliviero, Doria Raimondo, Esposito Alessandro, Fontana Luigi, Menasci Raffaello, Muggia Adriano, Orsi Arrigo, Paterni Ludovico, Poggio Giovanni, Polleri Pio, Puxeddu Efisio, Tonietti Francesco.

La Commissione era composta dai proff. Livierato, Sisto e Gasbarrini.

Il Senato Accademico della R. Università di Modena nella sua seduta del 25 gennaio 1929 ha designato il vincitore dei concorsi per i premi « Riccardo Luzzatto » e « Giuseppe Sperino », il primo destinato ad un lavoro o complesso di lavori nel ramo della biochimica o della terapia sperimentale, il secondo ad un lavoro di anatomia.

Il premio Luzzatto è stato conferito al dottor Giulio Bucciardi, il quale nei diversi lavori presentati ha cercato di aggredire da diversi punti di vista il problema della glicemia, studiandone il comportamento sotto l'influsso di svariate condizioni sperimentali, giungendo con queste molteplici ricerche ad interessanti conclusioni. La Commissione aggiudicatrice ha constatato con soddisfazione che il dott. Bucciardi ha cercato di illuminare un problema scientifico di alto interesse la cui natura rientra perfettamente nelle disposizioni dello statuto del premio, e lo ha studiato con serietà d'intenti e precisione di tecnica.

Pure al dott. Giulio Bucciardi è stato assegnato il premio Sperino per un lavoro sul papilloma dei plessi coroidei. In esso l'autore illustra due casi di papilloma dei plessi coroidei dei ventricoli laterali in due bambini al disotto dei due anni, che presentavano sintomi di idrocefalia e che furono operati, ma con esito infausto. Descrive i tumori macroscopicamente e microscopicamente e, raffrontando i reperti personali con quelli degli autori che descrissero forme patologiche consimili, giunge alla conclusione che non si tratti di semplice iperplasia, ma di veri e propri tumori, e che l'idrocefalia sia principalmente dovuta, anzichè a stasi di liquido encefalomidollare, ad ipersecrezione di esso da parte dell'epitelio del papilloma.

La Società di Patologia di Filadelfia ha conferito la medaglia William Wood Gerhard al prof. F. D'Herelle, della Yale University di New Haven (Connecticut), per i suoi studî sul batteriofago.

Il prof. Wilhelm Weibel, di ginecologia a Vienna, è stato chiamato all'Università tedesca di Praga.

NOTIZIE DIVERSE.

Il Consiglio Nazionale delle Ricerche inizia i suoi lavori.

Il Consiglio Nazionale delle ricerche si è riunito in seduta plenaria sotto la presidenza del sen. Marconi.

Erano presenti i membri del Direttorio, Blanc, Giannini, Magrini, Parravano, Stringher, Vacchelli. Assistevano pure il prof. Frascarelli, direttore generale dell'istruzione superiore, tutti i presidenti dei Comitati nazionali delle diverse scienze, i segretari, i presidenti di sezione e il presidente della commissione per i combustibili.

Il presidente Marconi ha iniziato i lavori pronunciando un discorso in cui ha messo in rilievo l'importanza del compito affidato al Consiglio, la cui opera vasta e complessa abbraccia tutti i campi della scienza e della tecnica.

Il sen. Marconi ha poi dichiarato che l'opera dei comitati che sono i veri organi esecutivi del Consiglio, deve essere essenzialmente di coordinamento, di ordine, di abile distribuzione di lavoro. Tutte le energie del nostro Paese devono essere disciplinate ed utilizzate per giungere rapidamente a mirabili risultati e corrispondere alla fiducia del Duce e ben meritare dalla Patria. Il senatore Marconi ha terminato inviando a nome di tutto il Consiglio un pensiero di omaggio devoto all'Augusta persona di S. M. il Re, che personifica i destini della Patria ed esprimendo la più viva riconoscenza al Capo del Governo che ha voluto affidare alla scienza italiana, con così acuta visione, un compito di grande responsabilità, grave ma altamente lusinghiero.

Ha poi preso la parola il vice-presidente Giannini, il quale, dopo aver rivolto un saluto a Guglielmo Marconi, ha ricordato la riunione in Campidoglio, rilevando che l'insistente applauso che salutò le parole del Capo del Governo, così piene di significato e di volontà, dimostra quale eco profonda esse abbiano trovato nell'anima degli uomini di scienza, lieti di essere stati chiamati a dare a pro' della patria l'opera loro, destinata certo al successo sotto la guida sapiente di Guglielmo Marconi.

Il presidente del Comitato per la geologia, S. E. Martelli, ha risposto al sen. Marconi a nome dei presidenti dei comitati, assicurando che tutti con fervore di opera ottempereranno al proprio dovere ed alla grande fiducia del Capo del Governo.

Il Consiglio ha quindi rinviato i suoi lavori.

V Congresso Internazionale di Medicina e farmacia Militare a Londra.

A complemento delle notizie già date su questa importante riunione internazionale, che si terrà a Londra dal 6 all'11 maggio ed alla quale prenderanno parte 48 Nazioni di tutto il mondo, si avvertono gli interessati che le ferrovie francesi hanno concesso il 50 % di ribasso per tutti i congressisti e le loro famiglie, e le ferrovie belghe il 30 %.

Si informa inoltre che l'epoca utile per la sottoscrizione al Congresso è stata protratta al 1° marzo p. v.

I moduli speciali per la sottoscrizione e per il ritiro della tessera di viaggio di andata e ritorno possono essere richiesti al direttore dell'Ospedale Militare di Bologna, oppure al direttore del Giornale di medicina militare (Ministero Guerra - Roma).

Commissione Internazionale Permanente per lo studio delle Malattie professionali.

La IV Riunione della Commissione Internazionale Permanente per lo Studio delle malattie professionali sarà inaugurata in Lione il 3 aprile 1929, alle ore 10, nell'aula della Facoltà Medica dell'Università.

I temi all'ordine del giorno sono assai importanti e riguardano:

1) « Silicosi » (patologia, clinica, legislazione), con relatori i proff. Boehme e Thiele (Germania), E. L. Collis (Inghilterra), Irvine (Africa del Sud), Mavrogordato (Africa del Sud);

2) « Cataratta d'origine professionale », relatori i proff. Elschnig (Cecoslovacchia) e Rollet (Francia);

3) « Pneumoconiosi », relatore il prof. L. Sternberg (Austria);

4) « Apparato endocrino ed intossicazioni », relatori i proff. C. Biondi e L. Ferrannini (Italia).

Saranno accettate comunicazioni inedite su questioni relative alle malattie professionali.

Il Comitato organizzatore ha ottenuto per la Francia notevoli agevolazioni ferroviarie e di soggiorno; sono già predisposte varie gite e visite d'istruzione. La tassa di iscrizione è di fr. 50 (fr. 25 per le persone di famiglia).

Il Comitato Italiano di propaganda è così costituito: Allevi G., Biondi C., Castellino N., Devoto L., Ferrannini L., Filippini A., Giannini C., Giuffrè L., Giglioli Y., Loriga G., Oblath O., Pellegrini R., Peri A., Pieraccini G., Quarelli G., Ranelletti A., Tedeschi E., Veratti L.

Il prof. G. Aiello, segretario del Comitato, si occuperà dell'accoglimento delle domande di partecipazione al Congresso (essendo necessaria la presentazione di un titolare della Commissione), delle eventuali autorizzazioni necessarie per i passaporti, e risponderà ad ogni richiesta di informazioni. Indirizzare: via S. Barnaba 8, Milano (114).

Congresso Internazionale dell'abitazione e dei piani regolatori.

Si adunerà a Roma dal 14 al 18 settembre, preceduto da una riunione a Milano e seguito da una visita a Napoli e dintorni. Nel Congresso saranno dibattute varie questioni d'igiene. Al Congresso sarà unita una Mostra.

La Giunta esecutiva è presieduta dal prof. Calza Bini.

I Congresso internazionale d'igiene mentale.

Si adunerà a Washington nel maggio del 1930. Per informazioni rivolgersi al Dr. Clifford W. Beers, secretary of the National Commettee for Mental Hygiene, Seventh Avenue 370, New York.

Per le Cliniche e gli Ospedali di Torino.

La « Gazzetta Ufficiale » pubblica la legge 7 gennaio 1929 che approva e rende esecutiva la convenzione stipulata a Torino il 21 luglio 1928, relativa alla costituzione di un consorzio fra vari enti, fra cui il Comune di Torino e il Ministero dell'Istruzione, al fine di provvedere alla costruzione di edifici per un Ospedale civile, per un Ospedale dermosifilopatico, per le Cliniche universitarie, per gli Istituti scientifici in Torino.

Nella convenzione è messa in rilievo la necessità di provvedere la città di Torino degli edifici necessari per la assistenza ospitaliera e per le cliniche universitarie e si afferma che scopo del consorzio è di provvedere in un unico tempo:

1) alla completa sistemazione del terreno e del sottosuolo, alla cintura stabile e definitiva di tutto il perimetro del terreno, alla formazione del giardino del parco, alla costruzione degli edifici ospitalieri e clinici, elencati in prosieguo, con tutti gli impianti generali e particolari ai servizi sanitari igienici, economali, amministrativi e con quanto occorre per il personale femminile e maschile che sarà tutto interno; 2) al completo arredamento ed alla dotazione moderna dei predetti edifici ospitalieri e relativi servizi.

Questa sistemazione clinica ospitaliera comprenderà essenzialmente la costruzione: *a*) di un ospedale per malattie acute, costituito da due padiglioni distinti capaci di duecento letti ciascuno e contenenti i relativi laboratori ed annessi, da intestarsi ad Augusta Abegg; di un padiglione universitario per la Clinica medica, con circa 100 letti, contenente laboratori, aule e locali di insegnamento; di un padiglione universitario per la clinica chirurgica come il precedente e con annesso reparto operatorio; di un altro padiglione universitario come sopra per la patologia speciale medica e per la Clinica neuropatologica; di un altro padiglione universitario come sopra per la Clinica speciale chirurgica e per la Clinica otorinolaringoiatrica; di un servizio universitario di Anatomia patologica con annessi servizi mortuari; *b*) di un Ospedale per malattie dermosifilopatiche di circa 150 letti, con relativa clinica annessa; *c*) della Clinica psichiatrica.

Tutte le opere sopra accennate saranno eseguite secondo il progetto definitivo 15 ottobre 1927, con le aggiunte spiegative del successivo progetto. In questi nuovi edifici l'Ospedale di S. Lazzaro e la Clinica psichiatrica trasporteranno la propria sede; sarà invece conservata la sede attuale dell'Ospedale di San Giovanni e della dipendenza di San Vito, ma nella sede del San Giovanni i letti a diaria di integrazione saranno ridotti a 400, esclusivamente destinati a malati acuti. Il complesso delle costruzioni comprenderà i seguenti fabbricati suscettibili di sopra-elevazione, destinati ai diversi servizi: 1) accettazione ambulatori e annessi; 2) alloggi, amministrazione, farmacia e impianti; 3) degenze temporanee; 4) cucine e magazzini; 5) infermerie di medicina dell'Ospedale con locali annessi; 6) infermeria di chirurgia dell'Ospedale con reparti operatori e con locali annessi; 7) padiglione universitario della Clinica medica con laboratori e locali di insegnamento; 8) padiglione universitario della Clinica chirurgica con laboratori, locali di insegnamento e reparto operatorio; 9) padiglione universitario per Patologia speciale medica e per la Clinica neuropatologica; 10) padiglione universitario per la Patologia speciale chirurgica e per la Clinica otorinolaringoiatrica; 11) chiesa, alloggi suore e infermiere, laboratori, guardaroba; 12) personale uomini e magazzini; 13) lavanderia e disinfezione; 14) istituto universitario di Anatomia patologica con deposito morti e locale per autopsia dell'Ospedale e cappella mortuaria; 15) padiglione di isolamento; 16) casa del giardiniere; 17) portineria e personale; 18) rimessa per automobili; 19) Ospedale dermosifilopatico; 20) Clinica dermosifilopatica; 21) Clinica psichiatrica. L'Ospedale di San Lazzaro sarà costruito in un edificio capace di

circa 150 letti, divisi in due padiglioni (19 e 20) di cui uno arredato per 40 letti ospitalieri e l'altro arredato per 60 letti clinici, oltre a 25 letti per il personale e i locali di insegnamento. La Clinica psichiatrica (21) sarà costituita da un unico padiglione che sarà capace complessivamente di 40 letti clinici. Il costo di tutte le opere sopra elencate è preventivato in lire 52 milioni, oltre al valore del terreno, escluso l'arredamento.

L'ospedale israelita di New York.

Il 2 dicembre il « Jewish Hospital » di Brooklin ha inaugurato 3 nuovi edifizi, cioè: un nuovo reparto di 11 piani, il quale ha fatto elevare la capacità dell'ospedale a 650 letti; una casa per allieve infermiere, capace di 200 posti, con auditorium per 400 posti; una casa per impiegati ed operai addetti all'ospedale. Il costo complessivo è risultato di 4 milioni di dollari.

All'Accademia Medica di Buenos Aires.

Il Governo argentino ha assegnato, all'Accademia Nazionale di Medicina di Buenos Aires, la somma di 200.000 pesos, pari a circa 4 milioni di lire it., per nuove costruzioni.

Allo stesso scopo il sig. Herrera Vegas ha fatto una donazione di terre.

L'Accademia tiene delle sessioni mensili regolari. Di recente hanno destato vivo interesse le conferenze che vi hanno tenuto Hartmann e Sergent di Parigi, Jakob d'Amburgo, Marinesco di Bucarest, Orrico di Cordoba, ecc.

Le Università dell'Argentina.

Delle tre Università argentine, che hanno sede a Buenos Aires, Cordoba e Rosario, soltanto la prima è attualmente in funzione regolare; nella seconda gli studenti sono da tempo in sciopero; nella terza la Facoltà medica ha sospeso i corsi.

Per onorare la memoria di Luigi Mangiagalli.

Sommo come Scienziato, come Maestro, fulgido esempio di alacre fattività per ogni nobile iniziativa, e di amore alla Patria, Luigi Mangiagalli, anche dopo che la morte repentina lo ha abbattuto fra l'universale compianto, giganteggia nel ricordo reverente di quanti lo hanno conosciuto.

Dei medici d'Italia non uno vi è che non rispetti e non ami la memoria del grande Maestro, che ci ha lasciato opere poderose e che ha legato indissolubilmente il proprio nome a istituzioni imperiture, culturali, civili, filantropiche.

Per iniziativa di un comitato del quale fanno parte le più alte personalità, e che fa capo al sen. A. Pavia, al sen. E. Pestalozza, e al prof. E. Alfieri, illustre e degno successore del sen. Mangiagalli nella direzione della Clinica ostetrica di Milano, si svolge opera attiva per erigere, nel giardino fronteggiante la suddetta Clinica, che già si intitola al nome di Luigi Mangiagalli, un monumento che, simboleggiando la Maternità, della quale tanto fu benemerito il grande ostetrico, esprima la parte più alta e più sacra della sua multiforme meravigliosa attività a tutti nota.

Il monumento, che riuscirà insigne opera di arte del grande scultore Arrigo Minerbi, dovrebbe inaugurarsi, nell'annuale della Sua morte, il 3 luglio 1929.

È aperta la sottoscrizione per concorrere alle spese, non lievi, del degno monumento in onore del sen. S. E. prof. Luigi Mangiagalli; una recente nobilissima circolare « ai Medici d'Italia » del senatore A. Pavia, presidente dei RR. Istituti Clinici di perfezionamento in Milano, invita tutti i medici a sottoscrivere, ricordando anche che la « Società Italiana di Ostetricia » terrà in Milano il suo prossimo Congresso per farlo coincidere con la solenne inaugurazione del monumento. Anche le più modeste offerte saranno accettate e gradite, per il loro significato di omaggio alla memoria del Grande. (Ciascuna offerta può inviarsi alla « Amministrazione dei RR. Istituti Clinici di Perfezionamento », via Commenda, n. 12, Milano).

Nella stampa medica.

Ha iniziato le pubblicazioni il « Giornale Medico dell'Alto Adige », destinato a portare ai medici dell'estrema provincia la voce dei nostri cultori della medicina ed a costituire un'affermazione d'italianità nel campo scientifico.

È edito a cura del Sindacato Provinciale Fascista dei Medici di Bolzano; è diretto dal clinico medico e dal clinico chirurgo di Padova, proff. C. Frugoni e G. M. Fasiani; ne è vice-direttore il prof. G. Cevelotto; redattore responsabile e anima del periodico è il dott. A. Briani; dei Comitati direttivo e redazionale fanno parte molti bei nomi della medicina italiana.

Augurî cordialissimi.

* * *

« El Siglo Médico » ha solennizzato il suo 75° anniversario con la pubblicazione di un numero *monstre*, il quale accoglie 60 lavori originali che recano firme reputatissime quali Cajal, Pittaluga, Marañon ecc. ecc.; fa anche posto ad una serie di articoli i quali tracciano la vita del periodico e delle varie personalità che lo hanno diretto.

Assicurazione obbligatoria per le malattie della gente del mare e dell'aria.

La « Gazzetta Ufficiale » pubblica la legge 10 gennaio 1929, N. 65, sull'assicurazione obbligatoria per le malattie e per l'assistenza sociale della gente del mare e dell'aria:

È obbligatoria l'assicurazione contro le malattie di tutto il personale della navigazione civile, marittima ed aerea, esclusi gli addetti ai servizi amministrativi, che è rappresentato dalla Confederazione nazionale fascista della gente del mare e dell'aria

L'assicurazione decorre dal giorno in cui ha inizio il rapporto di servizio.

Ai fini della legge sono datori di lavoro tutti gli imprenditori di navigazione marittima ed aerea che occupano personale per proprio od altrui conto, con qualsiasi forma di retribuzione, in lavori fissi o temporanei.

Sono prestatori di opera tutti gli appartenenti al personale navigante, rappresentato legalmente dalla Confederazione suindicata, che trovansi in servizio attivo con contratto di lavoro o altra convenzione.

Per la lotta contro l'influenza negli Stati Uniti.

Una legge speciale, H. R. 15339, proposta dall'on. Edwards, stanzia la somma di 25 milioni di dollari, pari a circa mezzo miliardo di lire it., e la mette a disposizione del direttore generale

della Sanità pubblica, il quale dovrà spenderla per attuare i mezzi atti a combattere ed a prevenire l'influenza.

* * *

Il direttore generale della Sanità pubblica degli Stati Uniti ha nominato una commissione di epidemiologisti, i quali dovranno studiare la diffusione dell'influenza e avanzare delle proposte per combatterla. Essa è composta dei dottori George W. McCoy, Wade H. Frost e James P. Leake.

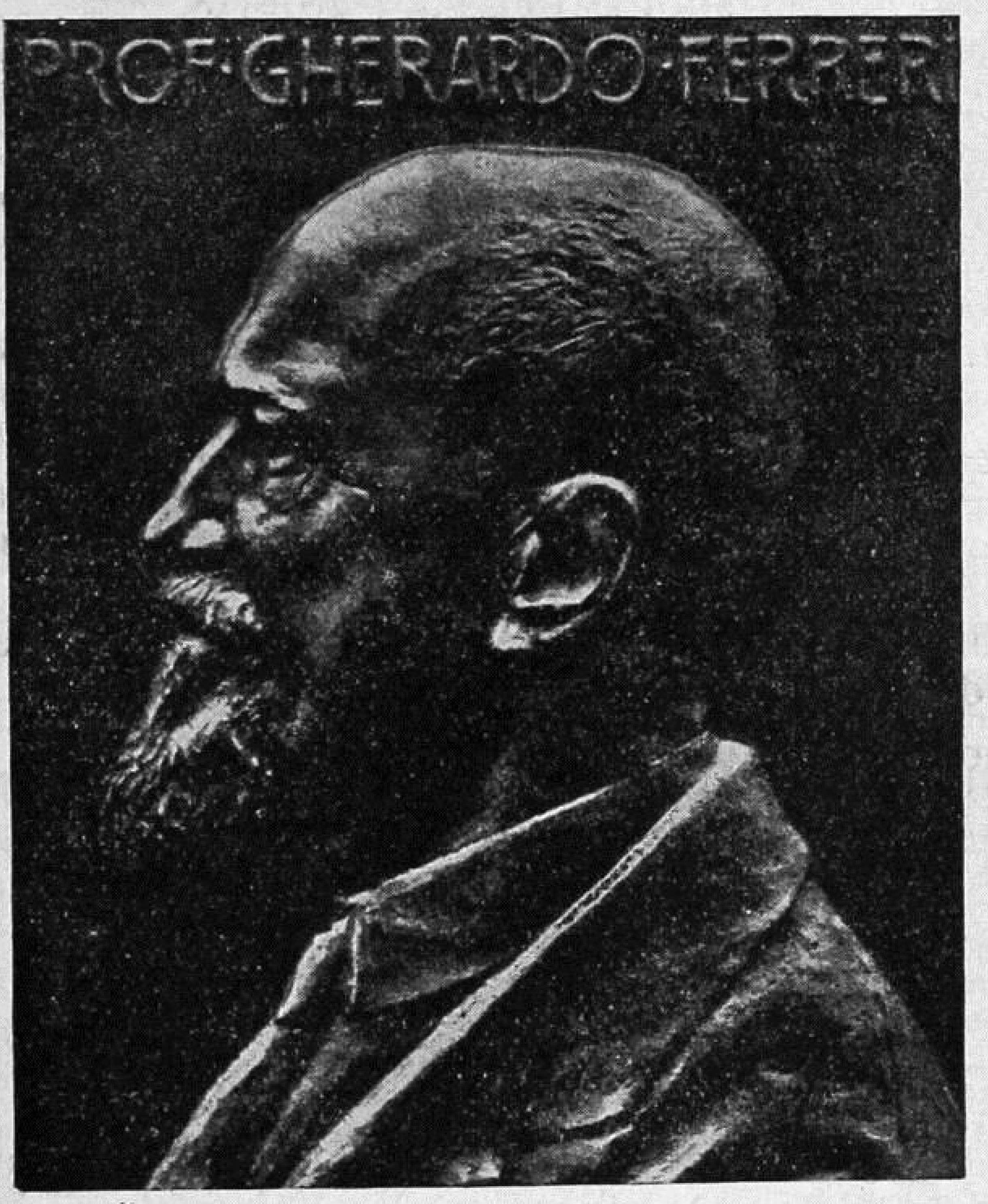
Cinematografie sul cancro.

Il dott. Ronald G. Canti di Londra ha allestito tre cinematografie, che dimostrano la riproduzione « in vitro » delle cellule normali, la riproduzione delle cellule del sarcoma di Jensen (dei ratti) e l'azione del radium su queste cellule. Le belle cinematografie sono state proiettate in seno a varie società scientifiche dell'Inghilterra e dell'America settentrionale ed hanno destato ovunque vivissimo interesse, anche nel pubblico.

GHERARDO FERRERI

Il 22 gennaio 1929 si spegneva nell'Urbe, dopo fulminea malattia, Gherardo Ferreri, direttore della Clinica oto-rino-laringoiatrica dell'Università di Roma.

La notizia ha colpito di doloroso stupore e di commozione quanti avevano avuto modo di va-



lutarne a pieno le doti della mente e dell'animo mite e generoso, la rettitudine dell'uomo di studio, la valentia del clinico. Invero, sebbene nato il 13 novembre 1856, a Cuneo, la sua attività e la sua passione entusiasta erano quelle di un giovane e nulla faceva presagire la rapida fine.

Ha compiuto in Roma gli studi universitari e si è laureato nel 1880. Dopo un breve periodo di condotta medica e di carriera ospedaliera in Roma, giunse alla specialità dalla chirurgia generale. Nel 1896 divenne libero docente. Aiuto per circa venti anni del prof. Emilio De Rossi, che fu il primo titolare in Roma di Clinica oto-rino-laringoiatrica, alla morte di questo, fu chiamato alla cattedra, da prima come incaricato (1901-1902), quindi come straordinario (1903) e poi quale ordinario. Il Ferreri insediò la sede della sua disciplina nel nuovo Policlinico Umberto I e ne fece un vivacissimo focolaio di studio e di attività clinica, da cui uscì uno stuolo di giovani energie.

La produzione scientifica del Ferreri è imponente. Essa è contenuta da prima nell'*Archivio Italiano di Otologia*, di cui fu per molti anni redattore capo; quindi profusa negli *Atti della Clinica o. r. l. della R. Università di Roma*, che da lui fondati nel 1903, sono oggi, corpo monumentale di documenti istologici, sperimentali e clinici, al XXVII anno; e in fine negli *Archivi italiani di laringologia*, del compianto Massei, che il Ferreri ha poi presieduto e diretto.

Consultando queste raccolte appare che egli non tralasciò di portare per ogni questione un poco controversa della specialità il frutto della sua lunga esperienza e della sua cultura; in molti argomenti lascia una spiccata orma personale.

Ha scritto dei manuali molto apprezzati e dei lavori monografici ancora ricordati con plauso, come quell'*indirizzo pratico alla diagnosi e cura delle malattie della lingua*, pubblicato dal Vallardi nel 1890.

Studioso di problemi sociali e di igiene generale, di cui trattò in alcuni libri pieni di acume e di brillante spirito critico (come, ad esempio, quello su gli *Italiani in America*) o sulle condizioni della donna, si occupò molto del problema della tubercolosi e in tal campo fu un benemerito, essendo fra i primi a propugnare l'istituzione dei *dispensari antitubercolari*.

Non trascurabili la nuova suppellettile strumentale da lui ideata o le modifiche a interventi chirurgici, come ad esempio la primitiva laringostomia del Ruggi.

Di attività instancabile, oltre l'insegnamento, tenne numerose cariche: fu colonnello medico della C. R. I. e diede opera fattiva nella guerra libica, in Cirenaica, e durante il conflitto mondiale, come organizzatore oculato ed esperto. Fu pure consulente delle Ferrovie dello Stato e dell'istituto dei sordomuti. Fu chiamato a far parte di numerose accademie italiane ed estere, come le società francese, tedesca, austriaca di oto-laringologia e membro della Società Reale di Medicina di Londra.

Ma oltre lo studioso e il Maestro, noi piangiamo l'uomo operoso e buono, dall'animo mite, dalla mente aperta ad ogni forma di elevazione spirituale, tutto fervente e appassionato per la disciplina da lui coltivata. Chi ha potuto per lunghi anni essergli discepolo e collaboratore sa di quale fibra fosse il suo animo, di quale trama fosse il suo cuore. G. Bilancioni.

MAURICE LETULLE

(1853-1929).

A Parigi ai primi di gennaio decedeva il prof. Maurice Letulle. La notizia ebbe una commossa eco di rimpianto in tutto il mondo universitario.

Da più anni giubilato, ormai quasi ottuagenario, lieto « d'une verte vieillesse », gioiva d'una fiorente ed onesta canizie in belle opere, ed in giorni sereni. Nato a Mortagne il 1853, fatti gli studî classici al « Lycée Charlemagne » insieme

con E. Gaucher, datosi poi alla medicina, divenne « interno » a Parigi l'anno 1874, medaglia d'oro il '78, dottore il '79, medico degli ospedali l'83, docente aggregato in Facoltà l'89, ed infine professore di Anatomia ed Istologia patologica, succedendo a Victor Cornil. Del maestro egli continuò il metodo, e tenne fede alla scienza positiva sua, armonizzata con la fisiopatologia clinica, ed illustrata ai discepoli d'allora: Sergent, Péron, Meslay, Ombrédanne, Nattan-Larrier, Gandy, Halbron, Spalletta, Keim, Lemierre ed altri (v. « Policlinico », Sez. prat., aprile 1926).

Più di 30 anni passarono dacchè M. Letulle, in sale tetre, all'« Hôpital Saint-Antoine » descrisse lesioni postume, ricercandone natura e genesi; e dipoi per le corsie luminose dell'« Hôpital Boucicaut » si fece cultore di semeiologia e clinica, al capezzale dei pazienti.

Negli affetti puri e nell'equanime condotta il Maestro « voleva che la grazia fosse meritoria nel cenacolo dei discepoli, illuminatore di spiriti », per ridire di Lui quello che d'altri disse il Borri. Modesto e sollecito, nel fervore e silenzio dello studio si compiacque della « science souriante », dove « la Morte gode di soccorrere alla vita ». E dove, qual benefica dea, restando in ombra, la Scienza rischiara il cammino a chi corre tra i cimenti ed i tormenti del tirocinio. Perciò amatissimo fu da tutti, e specialmente dalla studentesca; di cui era consigliere, collaboratore, e gioviale patrono, intento sempre « à rendre aimable la science austère, et quelque peu rébarbative qu'illustra Morgagni ». Dal bisturi e dal microtomo squarciato il velo dell'occulto, « à l'ouverture de corps étaints » lo spirito incisivo dell'istopatologo si acuì nella ricerca dell'insidia micidiale, proseguendo le vive, e vitali tradizioni del Cruveilhier e Cornil.

Tenne dietro a studi di A. Maffucci, a quelli di Luciano Armanni, allora traduttore italiano dello Ziegler, e di Attilio Cevidalli, che con il Carbone fu uno dei primi traduttori del Kaufmann. Apprezzò i lavori del Banti, Brigidi, Foà, Bonome, Marchiafava, Baccelli, « gloire de la clinique romaine, qui prévit un agent spécifique de destruction des hématies dans les fièvres palustres ». Si interessava molto anche dei nuovi studii di Clinica medica ed Anatomia patologica nonchè di Medicina legale (Parodi, Perrando, ecc.).

Apprezzò altamente i progressi della serologia e l'opera di Fernand Widal, serologo e fisiopatologo, in quanto riguardò la citodiagnosi, e sierodiagnosi; nonchè la patogenesi dell'edema brightico, la cloruremia, il regime declorurato, le sindromi da ritenzione azotemica, il dosaggio dell'emo-urea, e la nosografia relativa. In giornate operose che si sommano in mezzo secolo M. Letulle venne pubblicando: « Les Hypertrophies cardiaques secondaires »; « Les Troubles fonctionnels du pneumogastrique »; « Les Pyrexies abortives »; « L'Inflammation »; « Pus et suppuration »; « Coeur, vaisseaux, poumons »; « Bouche, pharynx, oesophage »; « La Pratique des autopsies »; « Le Poumon ».

L'onesto lavoro si continuava in un tramonto limpido e lieto, che purtroppo s'è interrotto bruscamente! « Je travaille sans relâche avec d'autant plus grande joie que les ans s'accumulent sur ma tête. J'adore notre art, et plus je travaille, plus l'horizon s'éclaire, plus la science médicale me parait belle et désirable. Les « trésors » anatomo-pathologiques, que j'ai accumulé pendant un demi-siècle de labeur incessant, sont là sous ma main; j'en accrois, sans cesse, le nombre; je les soigne; je les met en ordre; je les montre à tout ceux qui, comme vous, croient à leur utilité pour la recherche de la Verité, et pour la sauvegarde de la vie humaine... ».

Così in un'ultima e recente lettera di cotesto spirito d'apostolo, e Maestro equo, e benefico.

Al dott. Raymond Letulle, ed alla Madre di Lui l'espressione del nostro vivissimo, intimo cordoglio.

Genova, 2 febbraio 1929-VII.

Prof. LUIGI CARLO MASSINI.

È morto a Berlino, il 23 gennaio u. s., CARLO POSNER, quello che ormai, dopo la morte di Israel, doveva considerarsi il Nestore degli Urologi tedeschi. Aveva 76 anni.

La notizia improvvisa ci riempie di cordoglio e non sappiamo che riassumere brevemente la luminosa carriera (oltre 45 anni di insegnamento!) di questo chirurgo veramente illustre.

Dalla cattedra, nei Congressi (fu per sei anni Presidente della Società Tedesca di Urologia) portò sempre con rinnovata lena il largo contributo del suo sapere vastissimo. Fondò, con Leopoldo Casper, « Die Zeitschrift für Urologie », organo della Società Tedesca di Urologia. La sua solida cultura di patologia chirurgica gli permise di portare dei contributi che fecero realmente progredire la scienza che insegnava, attraverso una mole cospicua di lavori suoi e dei suoi allievi.

Per ultimo stava attendendo con Rothschild e Necker alla redazione della « Ikonographia Urologica », edita sotto gli auspici della Società Tedesca di Urologia, incarico a cui unanimamente era stato designato dalla stima che godeva presso tutti: la fisionomia che egli aveva saputo imprimere a questa importante opera, quale si giudica dal primo volume appena uscito, lascia sperare che non verrà trascurata dai suoi collaboratori, ai quali spetta il compito di continuarla, di raccogliere l'indirizzo scientifico impresso dalla geniale mentalità dello scomparso. Lascia un buon numero di allievi, che ormai raggiunta anch'essi la cattedra gli fanno così onore.

I suoi meriti erano tanto riconosciuti fra noi, che la Società Italiana di Urologia lo elesse fra i primi a Socio d'Onore; è quindi col lutto anche del nostro Sodalizio che incombe il dovere agli urologi italiani di inchinarsi reverenti alla Sua memoria.

AUGUSTO CASSUTO.

Al momento di andare in macchina ci giunge notizia della morte improvvisa del prof. ORESTE CIGNOZZI, Chirurgo Primario e Direttore della Divisione Chirurgica dell'Ospedale Civile di Grosseto.

Alla famiglia del compianto collega, che tanti contributi scientifici portò al nostro Periodico, la redazione manda le più sentite condoglianze.

Al nostro valoroso collega di redazione avv. Giovanni Selvaggi, duramente colpito dalla perdita del figlio MARIO, esprimiamo il nostro profondo cordoglio.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journ. de Méd. de Bordeaux, 10 gen. — H. COUTIÈRE. Nuovi dati di fisico-chimica e loro applicazioni.

Ann. de l'Inst. Pasteur, dic. — C. LEVADITI e al. Bismuti lipo-solubili. — A. SCALTRITTI. Sulla diagnosi di sifilide col met. di flocculazione. — A. W. PONOMAREFF e N. N. SOLOVIEFF. Vaccino e siero antirabico. — Supplem. Vaccinaz. preventiva contro la tbc. con B. C. G.

Rass. Internaz. di Clin. e Ter., dic. — A. GARELLO. Radio colloidale elettrico.

Arch. Méd.-Chir. de l'App. Respir., ott. — C. BONORINO UDAONDO e A. VADONE. Pneumotorace sperimentale. — T. e J. STEPHANI. Pneumotor. inoperante per ragione indiretta.

Rev. Méd. Latino-Americ., nov. — P. ESCUDERO. Sclerosi splenica flebitica. — P. M. BARBARO. Semeiologia del mediastino. — L. M. CORREA. Reaz. di Roffo nel cancro.

Riv. di Patol. e Cl. d. Tuberc., 31 dic. — G. DAGNINI e G. STROZZI. Spirochetosi bronchiale. — G. LUCCHI. Capacità vitale e pneumot. terap.

Brasil-Med., 29 dic. — H. PÓVOA e A. CERQUIERA LUZ. Proteino-prognosi della neurolue.

Radiol. Med., gen. — L. FECI. Radiodiagn. dei tumori benigni dello stomaco. — P. CIGNOLINI. Radioter. di diabete insip. associato ad osteopatia. — G. CHIZZOLA. Radiologia dell'appendice cecale.

Minerva Med., 13 gen. — L. WINTERNITZ. L'importanza della statistica per la medicina.

Lancet, 19 gen. — G. R. MURRAY. La miofibrosite simulatrice di altre malattie.

Dermosifilografo, nov. — M. TRUFFI. Oidiomicosi interdigitale. — C. GALLIA. La sifilide è veramento in diminuz.?

Rinasc. Med., 15 gen. — A. ALHAIQUE. Legatura dell'arteria splenica. — L. BAKAY. Ascessi consecutivi a spondiliti tbc. causa di paralisi degli arti.

Arch. di Patol. e Clin. Med., gen. — B. DE VECCHI. Lesioni perivasali spleniche (aree di Gamna). — C. CASSANO. Ricambio dei grassi nel diabete mel.

Wien. Klin. Woch., 17 gen. — PIRQUET. Allergia ed età.

Deut. Med. Woch., 18 gen. — FRIEDMANN. Sonno ed ipnotici. — FISCHER. Azione del trattam. radiologico sulla prole.

Münch. Med. Woch., 18 gen. — WEYGANDT. Ereditarietà endocrina. — WIECHMANN. Condizioni d'insorgenza del diabete mel.

Presse Méd., 16 gen. — H. ROGER. Alimentazione e nutrizione. — 19 gen. — L. BLUM e al. I diversi tipi di nefriti azotemiche.

Paris Méd., 19 gen. — Numero di dermatologia.

Bull. Méd., 16-19 gen. — Numero di oto-rino-laringol.

Journ. Méd. Franç., dic. — Numero sulle dismenorree.

National Med. Journ. of China, dic. — CHAO-JEN WU e R. H. P. SIA. Sieroterapia della scarlattina. — E. T. H. TSEN e C. C. CHI. Il vaccino antirabbico fenolizzato.

Presse Méd., 12 gen. — E. PAPADOPOULO, M. YOEL e A. HADJIGEORGES. Complicazioni chirurgiche della dengue. — GRAIN. Trattam. delle suppurazioni nasali.

Rivista di Terapia Moderna e di Medicina Pratica, Milano, feb. 1929. — I nostri doveri verso la Talassoterapia Italiana. — Un grande campo di studii pei Medici dimoranti in sedi marine e idroclimatiche. — La Soc. Ital. di Radiologia. — I Professori di radiologia delle Università Italiane. — I periodici Italiani di Radiologia. — Lavori italiani di radiologia recensiti dalla stampa estera.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVI Roma, 25 febbraio 1929 Num. 8

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

La leucoplasia dell'apparato urinario.

Prof. AUGUSTO CASSUTO
docente di chirurgia urinaria
nella R. Università di Roma.

Intorno alla leucoplasia (malacoplachia) dell'apparato urinario, per quanto sia una lesione non rarissima e ormai ben conosciuta e studiata, non sono tuttavia estremamente numerose nella letteratura chirurgica le pubblicazioni che ne estendano ampiamente la conoscenza anche per offrirne una sintesi completa al medico pratico. Forse ciò è dovuto all'aver costituito per il passato più che un quadro clinico, soltanto una curiosità anatomica, quale reperto di autopsia: questo perchè il più delle volte, come vedremo, la sintomatologia è muta o tutt'al più decorre con le manifestazioni di una cistite cronica. In sostanza, deve ritenersi come un'affezione non sempre diagnosticata, più tosto che rara.

Soltanto col progresso e con la diffusione in questi ultimi anni dell'endoscopia, mediante sistematiche esplorazioni estese a tutti i casi di cistite cronica ribelli alle cure più comuni, fu possibile riconoscere in vivo e più frequentemente di quanto non si credesse, l'esistenza di questa malattia e studiarla così completamente.

Infatti, se nel 1920 Tardo poteva affermare che i casi pubblicati erano soltanto dodici, oggi, come potrà riscontrare nella bibliografia chi all'argomento particolarmente si interessi, i casi che abbiamo potuto raccogliere sono molti di più; circa ottantacinque e forse non sono tutti. Fra l'altro, è motivo di compiacimento poter segnalare come il contributo italiano sia stato assai frequente e proficuo. Citiamo alcuni Autori: Ferrari e Nicolich, Zenoni, Tardo, Nicolich, Solieri, Jura e Chiaudano, di molti sono ancora certamente i casi inediti.

La leucoplasia è dunque un'affezione cronica che può colpire contemporaneamente tutta o una parte soltanto dell'apparato urinario; essa è determinata essenzialmente dalla produzione sulla mucosa normale di zone più o meno estese di tessuto epidermico (epitelio pavimentoso ricoperto da uno strato corneo), e riconoscibile per la formazione di chiazze biancastre.

Secondo i dati che abbiamo potuto raccogliere, e salvo rare eccezioni, la malattia suole essere osservata per lo più fra individui dell'età di quaranta anni e oltre: questo, sebbene in moltissimi protocolli clinici si rilevi con

fondamento che la malattia doveva aver avuto inizio molti anni prima se i disturbi urinari erano accusati dai pazienti come di vecchia data, in taluni casi risalendo persino a due lustri.

Quanto alla frequenza nel sesso, sembra che una preminenza spetti ai maschi: 49 casi, contro 36 osservati in donne.

Nei maschi poi, ben 32 volte la lesione era limitata alla sola vescica, così che questa localizzazione sembra colpire particolarmente gli uomini.

Non è ancora raggiunto l'accordo, anche al lume delle più recenti indagini, se la leucoplasia debba essere definita, dal punto di vista etiologico e istopatologico come una metaplasia epiteliale (Hundrat, Hallé e Marion), ovvero più ragionevolmente forse, come dovuta a un progressivo sviluppo di tessuto epidermico dovuto alla dispersione di germi (epidermici) disseminati e abnormemente inclusi nel tessuto normale dell'organo, fin dal periodo embrionale. Le strette, anzi intime relazioni fra ectoderma e dotto di Wolf, specie in certi periodi dello sviluppo dell'embrione, rendono non solo ragionevole, ma suggestiva questa teoria (Posner, Askanazy e Lecène). La quale pertanto non soddisferebbe più intieramente se si desse credito a quanto alcuni autori vanno affermando; che in certi pazienti, già da anni affetti da processi infiammatori cronici delle vie urinarie, che nulla hanno a che vedere colla malattia attuale, è dato notare una maggiore tendenza a estendersi della leucoplasia, rispetto a altri casi immuni da tare di questo genere. Questa constatazione suggerirebbe, al minimo, che le infiammazioni dell'apparato urinario se non sono la causa, come taluni vorrebbero, sorreggano a ogni modo efficacemente lo stato della malattia e ne favoriscano lo sviluppo ulteriore (Beer, Casper, Cumming e Israel). Ma vien fatto di obbiettare che tutti i giorni noi viceversa operiamo ammalati di processi cronici delle vie urinarie, come pielonefriti semplici, calcolose o tubercolari, senza per questo veder l'ombra di una lesione leucoplasica; e vi sono al contrario, numerose osservazioni di leucoplasia non accompagnate da flogosi croniche concomitanti.

Altri ancora, considerano questa lesione come sostenuta o addirittura come una manifestazione della tubercolosi (Beselin) o della sifilide (Li Virghi): noi, pur non prendendo partito esclusivamente per quest'ultima ipotesi, osserviamo che in un buon numero di casi descritti, i pazienti stessi ammettevano la sifilide come malattia pregressa e magari inefficacemente curata.

La natura infettiva, sempre come elemento di sostegno della malattia, non è neppure scartabile a priori, se in ben 26 casi si potè accertare non solo la presenza di germi, ma anche isolarli: fra questi larga spettanza aveva il Coli Bacillo. Non ci sembra accettabile l'affermazione di chi vorrebbe assimilare la leucoplasia al colesteatoma, sebbene abbia assertori autorevoli come Küttner e Rlüger, ovvero di chi non si perita di considerarla addirittura una eteroplasia. E neppure seguiremo chi vorrebbe far distinzioni fra leucoplasia e malacoplachia.

Come si vede la questione eziologica, die Kausalnosologie di Posner, è ancora aperta e sarebbe davvero imprudente allo stato attuale delle nostre conoscenze di prendere partito per questa o quella teoria: soltanto, il tener conto di tutte potrà essere utile per giudicarla una malattia seria e correttamente provvedere alla cura.

Circa la sede, la malattia può colpire indistintamente tutto l'apparato urinario, in parte o nel suo insieme.

La frequenza delle varie localizzazioni, secondo i casi che abbiamo potuto studiare deve essere così repartita: della sola vescica n. 40, del rene n. 28, del rene e degli ureteri n. 11, degli ureteri e della vescica n. 4, di tutto l'apparato urinario n. 2.

A differenza della vescica che è facilmente esplorabile col cistoscopio, il rene, all'infuori del cateterismo ureterico che talora può fornire il classico reperto di alcune cellule cornee, non è esplorabile che operatoriamente: ecco perchè, è probabile che molti casi di lesioni del rene sfuggano, e che contrariamente alle statistiche, le localizzazioni in quest'organo siano più frequenti che in vescica. I casi descritti fin ora, all'infuori di tali considerazioni, repartiscono quasi ugualmente fra i due organi la frequenza delle manifestazioni, con una leggera preminenza per quelle vescicali.

Macroscopicamente l'affezione appare come una zona di placche irregolari, poco sollevate, a bordi netti o sfrangiati e di colore biancastro.

Istologicamente è caratterizzata da isole di tessuto epidermico, epitelio stratificato di tipo malpighiano, qua e là provveduto di uno strato corneo. Di regola queste formazioni non si approfondano negli strati inferiori (derma). In prossimità del nucleo di alcune cellule maggiori, si notano dei corpicciuoli di grandezza variabile, come due volte il nucleo: i così detti corpi di Michaelis-Guttmann.

Le grandi cellule giacciono sostenute da uno scarso stroma alveolare.

Alcuni corpicciuoli possono essere osservati al di fuori del protoplasma cellulare. I corpi di Michaelis-Guttmann danno micro-chimicamente la reazione del ferro.

Nelle placche leucoplasiche furono anche osservate colonie batteriche, specie di Bacterium Coli. È stata fatta anche la ricerca dei bacilli tubercolari (Thompson-Walcher), ma è dubbio che siano stati osservati in casi genuini di leucoplasia.

Varie malattie sono state osservate come concomitanza di questa affezione. Nella leucoplasia del rene e degli ureteri: la tubercolosi renale in 4 casi, l'uronefrosi in 8 casi, cal-

coli nel rene in 3 casi, calcoli in vescica in : casi, carcinoma della pelvi in 1 caso, carcinoma della vescica in due casi, calcolo nell'uretere in 1 caso, calcolo nel rene e nell'uretere adelfo 1 caso. Nella leucoplasia della vescica: calcoli vescicali in 10 casi, diverticoli in 2 casi, uno dei quali conteneva placche leucoplasiche, carcinomi vescicali in 3 casi, la sifilide in 7 casi.

Riesce difficile precisare, per quanto sia assai suggestivo pensarlo, se queste frequenti concomitanze di altre malattie possano avere agito come cause predisponenti.

La malattia può esplicarsi per anni in modo del tutto silenzioso.

Altre volte, si manifesta con delle coliche del tutto simili a quelle reno ureterali, con tenesmo o altri sintomi urinari: è difficile dire se essi siano dovuti, come abbiamo visto, più all'associazione di malattie diverse di cui richiamano l'attenzione piuttosto che a sintomi veri e propri della lesione che ci interessa. Ancora, possono osservarsi ematuria, piuria e l'eliminazione di membrane che esaminate possono indirizzare la diagnosi.

Il progresso dell'endoscopia ha semplificato la diagnosi e facilitato la frequenza delle osservazioni; almeno per quanto riguarda la vescica, la cistoscopia permette infatti di togliere ogni dubbio agevolmente. Da una constatazione di tal genere poi, se vi sono sintomi che lo richiamino, si può fondare il sospetto di un'invasione anche delle alte vie.

Più ardua cosa è diagnosticare una lesione esclusivamente renale: soltanto di rado essa è stata accertata prima di un atto operatorio.

Possiamo affermare che l'esistenza o meno di una leucoplasia del rene può essere con fondamento diagnosticata, qualora ne venga il dubbio, soltanto con la costante, paziente ricerca nelle urine totali di membrane e con la ricerca microscopica delle cellule cornee e dei corpi di Michaelis-Guttmann, e precisando poi la loro provenienza, mediante il cateterismo degli ureteri. Soltanto in tal caso anche l'esplorazione funzionale può acquistare un certo valore di attendibilità (functio laesa), sebbene non sempre dia risultati costanti.

Ci occorse una volta di riuscire dopo pazienti ricerche a ottenere un simile reperto e di proporre al nostro paziente il necessario intervento. Questi lo rifiutò poichè i suoi disturbi erano allora sopportabili: venne eseguito poi, a distanza di tempo, da altro chirurgo che ebbe a confermare esatto il nostro primitivo giudizio. È vera così l'antica sentenza, che basta pensarci per riuscire talora a procurarsi gli elementi probatori onde formulare una corretta diagnosi.

Il decorso della leucoplasia dell'apparato urinario, dopo alcuni anni nei quali può restare stazionario, è lento ma progressivo. Abbandonate a loro stesse, le placche si estendono nella cavità degli organi dove si sono impiantate, sino a invaderle completamente. Talora vi si innesta il cancro e allora il decorso è più rapido e fatale.

La prognosi, quando si ha ragione di ritenere che le lesioni siano estese, è sempre seria: anche perchè, non è raro vedere successivamente impiantarsi un epitelioma su una delle zone colpite dalla leucoplasia, in ispecie nei punti dove vi è abbondanza di cellule corneificate. A questo proposito, non è forse fuor di luogo per analogia ricordare, anche perchè non venga la tentazione di ricorrere soltanto a metodi palliativi, come il nostro Maestro Durante solesse ripetere che il corneoma è il progenitore del cancro, e pertanto dovesse sempre essere asportato. Questo aforisma può estendersi, crediamo con ragione, alla leucoplasia che per alcuni rispetti può talora avere istologicamente punti di contatto con i neoplasmi cutanei, e come monito a istituire senza perdere tempo una terapia energica.

Quanto alle placche vescicali di poca estensione, la prognosi è migliorabile in quanto possono essere abbondantemente distrutte.

Se tutto l'apparato urinario è primitivamente o secondariamente colpito, la prognosi è decisamente infausta.

Le irrigazioni e le istillazioni con sostanze cheratolitiche (acido salicilico) o caustiche (nitrato d'argento al 4-5 per cento), se riuscissero a distruggere gli agenti microbici e insieme le placche leucoplasiche, permettendo così all'epitelio normale delle mucose di rigenerarsi, sarebbero ottima cosa, ma l'esperienza ha dimostrato che accade precisamente il contrario e sono senza proficuo risultato: talora possono riuscire persino dannose come causa irritante e invitare la lesione a estendersi.

Quando la Wassermann è positiva è doveroso istituire una cura opportuna arsenobenzolica, ma sarebbe colpa grave indugiarsi gran che a attenderne i risultati. *Allorchè la malattia è limitata la cura chirurgica soltanto trova unica ragione di successo.* Nella vescica, quando la malattia non sia oltre modo estesa, si può elettrocoagulare le placche per via endoscopica o impiantarvi degli aghi radiferi di Dominici per mezzo del cisto uretroscopio porta-radium di Leo-Buerger.

Gli stessi procedimenti possono essere usati mediante la cistotomia ipogastrica o meglio, addirittura resecando i punti ammalati.

La sectio alta trova inoltre rigorosa indicazione là dove la leucoplasia, ancorchè non estesa, sia complicata da calcolosi, tumore o diverticolo, oppure la vescica sia talmente infetta da richiedere il drenaggio ipogastrico per dominarla.

In casi di maggior gravità, è allora necessaria una vera e propria resezione vescicale, persino si giunge fino a dover ricorrere alla cistectomia sub-totale o totale a seconda dell'estensione del male. In quest'ultimo caso si dovrà provvedere alla preventiva o contemporanea derivazione delle urine per mezzo di fi-

stole lombari o con un nuovo impianto degli ureteri, a seconda dello stato del paziente e con le modalità che l'arte e i trattati di tecnica insegnano (1).

Lesioni unilaterali del rene, anche sospettate, impongono la lombotomia esplorativa seguita dalla nefrectomia e dalla ureterectomia, se l'esistenza del male è accertata.

Quando la malattia colpisce diffusamente tutto l'apparato urinario, la terapia chirurgica è nulla e impotente riesce qualsiasi altro tentativo terapeutico: non resta che sollevare gli infermi con cure palliative, come istillazioni in vescica o nei bacinetti di balsamici (olio al mugolio 5-10 per cento, o gomenol) e mitigarne le pene con anestetici.

Come abbiamo veduto, possiamo assistere, quale esito della malattia abbandonata a sè stessa, alla neoformazione di un epitelioma, oppure al diffondersi graduale ma certo del male a organi viciniori.

Nelle lesioni poco estese e correttamente trattate la guarigione è possibile.

Quando la malattia, per le ragioni anzi dette, non è più suscettibile di cura efficace, l'esito è irrimediabilmente fatale.

RIASSUNTO.

1. La leucoplasia delle vie urinarie appare dunque nel suo insieme come una lesione non specifica a decorso lento ma progressivo.
2. L'etiologia ne è oscura. Spesso vi è un'infezione concomitante in atto e la sifilide può essere un fattore importante.

La teoria che più soddisfa allo stato attuale delle nostre conoscenze, è quella dell'inclusione allo stato embrionale di tessuto ectodermico: alcune flogosi potrebbero creare le condizioni più opportune per favorire lo sviluppo di tale manifestazione. Questo è quanto ci sembra di più accettabile.

3. La leucoplasia colpisce l'età adulta: verso i 40 anni. Ricorre più facilmente fra gli uomini che nelle donne.
4. Non è una malattia poi così rara come potrebbe farlo credere la letteratura non eccessivamente abbondante: 85 casi pubblicati.
5. Le lesioni anatomo-patologiche sono caratteristiche per le chiazze biancastre delle placche e per la presenza delle cellule corneificate e dei corpi di Michaelis-Guttmann, dentro il protoplasma di cellule giganti e anche al difuori.
6. La sintomatologia talora è muta, talora appena discreta. Si osserva anche ematuria, piuria e l'emissione di membrane e di cellule cornee.

(1) P. CIFUENTES. *El metodo operatorio de la derivación urinaria.* Calleja, edit. Madrid, 1922.

ROCHET V. *Chirurgie de la vessie basse.* Lyon Chirurgical, 1924.

VOELCKER und WOSSIDLO. *Urologische Operationslehere.* G. Thieme, Verlag, Leipzig, 1923.

7. La diagnosi è ardua per lesioni renali, facile nella vescica.
8. La prognosi è riservata.
9. La cura mediante istillazioni di sostanze cheratolitiche o caustiche non modifica la leucoplasia, queste non sono da annoverarsi che fra le cure palliative.

La terapia non può e non deve essere che chirurgica, tempestivamente adottata.

L'elettrocoagulazione e la radiumterapia offrono mezzi efficaci di cura.

BIBLIOGRAFIA.

N. B. — Per esigenza di spazio non vengono riportati che i lavori fondamentali e recenti, dai quali chi abbia interesse potrà ricavare la bibliografia completa sull'argomento trattato.

ALLEMANN R. *Sur la leucoplasie des voies urinaires.* Journ. d'Ur., t. 22, n. 6, 1926, pag. 449-470.

CHIAUDANO G. *Due casi di leucoplachia del bacinetto renale.* Archivio Ital. di Urologia, V. I, n. 1, pag. 36-44.

FERRARI e NICOLICH. *Leucoplasia urinaria.* Folia Urologica, n. 8, 1914, pag. 644.

JURA V. *Un caso di leucoplachia della pelvi.* Atti Soc. Ital. di Urologia, V. 2, 1923, pag. 257-258.

TARDO G. V. *Leucoplasia dei due reni.* Ibid., pag. 258.

THOMSON-WALKER J. and BARRINGTON F. *Malakoplakia of the bladder.* Atti II Congresso Soc. Internaz. di Urologia, V. I, 1924, pag. 516-521.

Trattati:

Encyclopédie française d'Urologie. Doin, édit. Paris, V. 4, pag. 539-549.

LEGUEU F. *Traité chirurgical d'Urologie.* Alcan, édit. Paris, V. I, pag. 630-640.

Roma, 25 gennaio 1929-VII.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Distrofia muscolare progressiva e turbe endocrine.

Prof. L. SICILIANO, primario medico dell'Arcispedale S. Maria Nuova di Firenze.

Il caso che mi accingo a riferire ha un certo interesse, in quanto che si tratta della associazione tra una forma di distrofia muscolare progressiva e sintomi di origine endocrina.

Credo che esso meriti di essere illustrato, anche per il fatto che tale associazione è stata descritta da altri autori ed ha anzi servito come base per un'interpretazione patogenetica di quella non frequente forma morbosa.

I. M. di anni 35, scapolo, telegrafista. Nessun dato importante risulta dall'anamnesi familiare. Il p. è stato nell'infanzia notevolmente gracile. Non ha fatto abusi di sorta di natura dietetica o altrimenti di sostanze tossiche. E' stato portato sempre ai piaceri sessuali, e negli ultimi anni lo stimolo sessuale si è fatto più vivace a giudicare dalla maggiore attività del paziente in questo campo della sua vita vegetativa. Molti anni

fa fu morsicato da un cane (sospetto di rabbia) e fu sottoposto regolarmente alla cura antirabica.

I disturbi attuali si iniziarono circa 5 anni fa, e si manifestarono sopratutto nella sfera motrice, pure accompagnandosi ad alcune modificazioni somatiche. Il fatto principale rilevato dal p. fu un certo difetto nella motilità degli arti superiori e sopratutto delle mani, ed inoltre la facile insorgenza di contrazioni involontarie delle dita, a guisa di crampi. Tuttavia il p. non ha risentito alcuna difficoltà nell'esercizio della sua professione di telegrafista che implica dei movimenti abbastanza delicati e coordinati del polso e della mano destra. Contemporaneamente si sono manifestati disturbi di motilità degli arti inferiori, che hanno avuto per conseguenza una certa modificazione nell'andatura del paziente: un fenomeno dal quale egli è stato sorpreso con una certa frequenza è che le gambe cedevano sotto il peso del corpo, determinando talvolta la caduta per la flessione dei ginocchi. Siffatta debolezza degli arti inferiori si mette in evidenza sopratutto quando il paziente tenta di rialzarsi, se è seduto sopra un sedile molto basso e nello scendere le scale, durante il quale movimento è costretto a sostenersi colle mani agli oggetti circostanti, perchè facilmente sente cedere le gambe.

Un'altra particolarità notata dai familiari è stata un persistente rilasciamento della mandibola, per cui il paziente ha cominciato a tenere abitualmente la bocca semiaperta e cascante il labbro inferiore. Già da qualche tempo egli inoltre aveva notato l'impossibilità a chiudere completamente la bocca, nel senso che le arcate dentarie non combaciavano più esattamente fra di loro, perchè mentre i molari superiori sono a contatto con quelli inferiori gli incisivi restano leggermente divaricati.

Il p. ha subito un sensibile aumento di peso negli ultimi anni per crescente adiposità. Non si sono avute modificazioni psichiche: si è però manifestata una certa sonnolenza, tanto che facilmente il paziente, quando non ha speciali ragioni che tengano desta la sua attenzione, si addormenta.

All'esame obbiettivo il paziente si presenta in condizioni generali buone con un pannicolo adiposo abbondante e tendenza alla polisarcia. A prima vista, per il suddetto rilasciamento della mandibola e del labbro inferiore con conseguente stato di semiapertura della bocca e per un lieve grado di ptosi palpebrale, si ha l'impressione di trovarsi di fronte ad un soggetto a deficiente sviluppo intellettuale, ma dopo avere interrogato il p. si può convincersi che egli non presenta alcuna deficienza dal lato psichico, pur dando a rilevare un certo difetto di vivacità e dimostrandosi un po' torpido. La memoria è bene conservata, normale il potere di autoosservazione, per cui il p. ricorda ed espone bene i sintomi della sua malattia. La parola è un po' alterata: il p. parla « come a bocca piena », a causa di un difetto di innervazione delle labbra e della mandibola. Nulla a carico della lingua. Normale la masticazione. Motilità oculare normale: pupille leggermente torbide. Normale il campo visivo. L'esame oftalmoscopico non dimostra alcun che di anormale nel fondo dell'occhio. Negativo l'esame radiologico del cranio nei riguardi della sella turcica. Ma nel centro del cranio si osserva una piccola opacità, costituita da frammenti multipli disposti linearmente, e che è situata precisamente 4 cm. al dispora del piano basilare e poco indietro del piano frontale biauricolare. Tali ombre sono riferibili a fatti di calcificazione della glandola pineale.

Esaminando la regione tiroidea si palpano nella sua sede, lateralmente alla trachea, due piccole masse glandolari dure, che danno l'impressione di trovarsi di fronte ad una tiroide ridotta di volume e aumentata di consistenza.

Nulla da parte del cuore e dell'apparato respiratorio.

L'addome si presenta tumido, globoso; ma a carico dei visceri contenuti non si rileva nulla di anormale.

La minzione si compie normalmente; l'alvo è leggermente stitico.

Le masse muscolari degli arti superiori sono molto deficienti nel loro sviluppo in modo prevalente per quelli dell'avambraccio, e anche i rilievi muscolari della mano sono piuttosto deficienti bilateralmente. Dal punto di vista funzionale, mentre i movimenti del braccio e dell'avambraccio sono possibili, pur con un leggero difetto di energia, si nota una marcata insufficienza del gruppo degli estensori delle dita. I muscoli delle mani sono invece normalmente innervati.

E' caratteristico un fenomeno che insorge quando si chiede al paziente di stringere il pugno, contraendo i flessori delle dita: al momento di rilasciare i muscoli contratti ed estendere nuovamente le dita, insorge una contrattura dei flessori, per cui la mano resta flessa sull'avambraccio e le dita estese nelle falangi restano flesse nell'articolazione metacarpo-falangea. L'atteggiamento che assume allora la mano ricorda quello che si ha negli accessi di tetania. A poco per volta, sotto gli sforzi del p., la mano riprende il suo normale atteggiamento.

La alternativa e rapida pronazione e supinazione della mano si fa con notevole difetto, sopratutto a destra.

I riflessi tendinei non sono provocabili, è abolita l'eccitabilità meccanica muscolare. L'esame elettrico dimostra una marcata ipoeccitabilità degli estensori delle dita alle due correnti, senza però i segni qualitativi della reazione degenerativa.

Gli arti inferiori si presentano in proporzione meno denutriti: le masse muscolari della coscia sono però più scarse in rapporto a quelle delle gambe, dove si nota anzi un certo ingrossamento del polpaccio. Il movimento di estensione della gamba sulla coscia si compie con una certa deficienza, e così pure la estensione del piede sulla gamba.

La deambulazione presenta qualche nota abbastanza caratteristica e importante: i piedi sono appoggiati in terra con una certa violenza, esistendo un lieve accenno allo *steppage*. I difetti si mettono maggiormente in evidenza facendo fare le scale al paziente: nella discesa egli è molto titubante ed è costretto ad appoggiarsi colle mani per alleggerire il peso del corpo; la coscia è mantenuta con attenzione in asse con la gamba, perchè altrimenti il ginocchio cederebbe nel momento in cui il corpo vi si appoggia. E' evidente un difetto di energia del quadricipide crurale, per cui il paziente anche camminando in piano si sente malsicuro sulle gambe, e per piccoli inceppamenti i ginocchi si piegano, provocando facilmente la caduta.

I riflessi rotulei non sono provocabili. L'esame elettrico dimostra un difetto di eccitabilità del

gruppo del quadricipite, mentre gli altri muscoli rispondono normalmente allo stimolo faradico e galvanico.

Importante è seguire il p. nei tentativi di rimettersi in piedi se seduto per terra o nel passare dalla posizione orizzontale supina a quella seduta. In quest'ultima prova risulta evidente l'insufficienza dei muscoli addominali, per cui il tronco non può essere sollevato da giacere se non con l'aiuto delle braccia; e così pure nel rimettersi in piedi è lo sforzo necessario per estendere le coscie sulle gambe quello che dimostra la maggiore difficoltà. Normale invece appare l'atto di estendere il tronco sul bacino per l'attività dei muscoli lombari.

E' da aggiungere che il p. accusa delle parestesie agli arti inferiori.

L'esame delle urine dimostrò costantemente una lieve glicosuria (quantità indosabile) senza poliuria, nè altre alterazioni degne di nota.

La reazione del Wassermann fu negativa.

Dal punto di vista delle funzioni sessuali, come si è già accennato nell'anamnesi, (pur non esistendo alcuna modificazione morfologica degli organi genitali esterni) esse dimostrano uno stato di iperattività, l'appetito sessuale è esagerato ed in corrispondenza esagerata è la soddisfazione di esso (quasi giornaliera).

Volendo riassumere il caso, ci troviamo di fronte ad un individuo giovane ancora, con eredità immune da malattie dell'apparato nerveo-muscolare, il quale da qualche anno presenta i segni abbastanza evidenti di una distrofia muscolare progressiva, localizzata a preferenza nelle parti distali degli arti, risparmiando la cintura pelvica e quella scapolare, con interessamento spiccato dei muscoli addominali e della faccia.

E' noto che nel gruppo delle miopatie si hanno diversi tipi, a seconda della diversa localizzazione delle lesioni (tipo facio-scapolo-omerale in contrapposizione con un tipo distale più raro) e della diversa epoca di insorgenza dei sintomi (tipo infantile, tipo giovanile); ma è carattere generale quello di essere un'affezione familiare, ereditaria.

Soltanto nel 1912 Cottin e Naville (*L'Encéphale*, 1912) descrissero un caso di miopatia, che aveva appunto per caratteristiche, che la differenziavano dai casi già noti, quelle di avere un inizio tardivo (dai 30 ai 40 anni), di non avere carattere ereditario e di localizzarsi nei muscoli distali degli arti, prediligendo inoltre il sesso femminile.

Più tardi insieme al Naville, Christin e Frommet (*L'Encéphale*, 1923) pubblicarono altri casi di *miopatia distale tardiva*, confermando la primitiva osservazione.

A parte il fatto del sesso, per tutti gli altri caratteri il mio caso si può benissimo avvicinare a questo speciale tipo descritto dai detti autori: difatti sia per l'età del paziente, sia per la mancanza di carattere familiare, come per la localizzazione delle lesioni, il quadro clinico si allontana un po' dai quadri comunemente noti. È difatti da rilevare la prevalente compromissione degli estensori che figura nel mio paziente e che gli AA. suddetti citano come uno dei caratteri fondamentali del tipo morboso.

Ma il mio caso ha un interesse ancora maggiore, perchè oltre a rappresentare un tipo maschile (non frequente) di una distrofia muscolare a tipo distale, presenta altri dati che non appartengono alle manifestazioni della malattia dell'apparato locomotore. Difatti senza grandi difficoltà si possono leggere nell'intreccio dei sintomi parecchi fatti che sono da interpretare come disturbi endocrini: da una parte la persistente glicosuria, la crescente adiposità del paziente, dall'altra i disturbi della sfera sessuale e le manifestazioni tetaniforme dei muscoli dell'avambraccio sono fenomeni che debbono con tutta verosimiglianza riferirsi a insufficienza di talune glandole a secrezione interna.

Si deve ammettere la coesistenza di una sindrome poliglandolare. Difatti non è possibile riunire tutti i sintomi presentati dal paziente sotto un unico quadro di deficenza glandolare, ma è difficile precisare quali glandole concorrano alle manifestazioni morbose. La glicosuria è un sintomo che non ha un significato univoco, potendo far parte di sindromi diverse. D'altro lato sappiamo come non si possa attribuire un'importanza essenziale al reperto radiologico di ombre di calcificazione nella sede della glandola pineale, perchè questo reperto può anche non avere alcuno speciale significato patologico.

Io credo che nel nostro caso si debba invocare un certo grado di ipotiroidismo, ciò che troverebbe appoggio nel reperto palpatorio sulla regione tiroidea (glandola rimpiccolita e piuttosto dura) e che potrebbe rendere ragione della crescente adiposità del paziente, del torpore psichico, della tendenza al sonno. E accanto ad esso bisogna necessariamente ammettere una deficienza paratiroidea, senza di che sarebbe difficile spiegare i fatti tetaniformi che sono così caratteristici nel nostro paziente; e che d'altronde non possono trovare alcuna giustificazione nella malattia fondamentale primitiva dei muscoli. La tetania è riconosciuta come una delle manifestazioni più tipiche dell'insufficienza paratiroidea. Ed è da notare come, mentre dell'ipotiroidismo è propria una aumentata tolleranza degli idrati di carbonio, nell'ipoparatiroidismo (almeno in quello sperimentale) si può avere una (non costante) glicosuria.

Ma un altro sintomo, molto spiccato nel paziente, è costituito dalla iperattività sessuale, che sarebbe in contrasto coll'ammesso stato di ipotiroidismo. A questo riguardo torna opportuno

richiamare il reperto di calcificazione della glandola pineale, perchè è noto quali rapporti intercedono tra le manifestazioni sessuali e i disturbi di secrezione di questa glandola: appunto l'ipopinealismo si accompagna alla pubertà precoce, alla macrogenitosomia precoce con fenomeni di eccitamento sessuale. Anche l'adiposità del resto può essere espressione di ipopinealismo. Sicchè potremmo ammettere come verosimile una compromissione di questa glandola. Se non che bisogna far notare che il Cignolini ha dallo studio dei suoi casi potuto stabilire un rapporto inverso; nel senso che nei soggetti, dove erano dimostrabili radiologicamente delle concrezioni della pineale, si avevano frequentemente sintomi di ipogenitalismo.

Di fronte ad una sindrome poliglandolare è sempre molto difficile sapere quali siano le glandole realmente interessate e riferire a ciascuna di esse i vari sintomi che figurano nel quadro morboso; e credo che qualche volta si debba limitarsi a identificare solo i sintomi predominanti. La difficoltà proviene sopratutto dalle correlazioni che esistono normalmente e patologicamente tra le varie funzioni endocrine, di guisa che si possono avere sintomi morbosi che sono espressione di reazioni di qualcuna delle glandole (non compromesse) al *deficit* o all'iperfunzione di quelle alterate.

Nel nostro caso mi sembra che abbia già abbastanza interesse richiamare le relazioni generiche che esistono tra disfunzione pineale da una parte e sviluppo e funzioni sessuali dall'altra. Tanto più che da qualche autore è stata sostenuta una possibile dipendenza del quadro della distrofia muscolare per l'appunto da alterazioni della pineale: tale è l'ipotesi ammessa dal Timme nel 1912, la quale ipotesi però non è suffragata da prove molto sicure. Invece un'origine poliglandolare hanno invocato nel 1918 Janney, Goodhart, e Jsaacson (*Archives of internal Medicine*, 1918) in seguito agli studi sul metabolismo eseguiti in alcuni casi di questa malattia, e da cui rilevarono disturbi della utilizzazione del glucosio, ipoglicemia, aumento della creatinina nelle orine.

È da notare che in un caso questi Autori ebbero a notare un prognatismo della mandibola a tipo acromegalico insieme a macroglossia e ad eccessivo sviluppo dei genitali. Questo accenno al prognatismo esiste anche nel nostro caso, e forse ad esso va riferito quel fatto rilevato dal paziente di non potere più chiudere bene la bocca per mancato combaciamento delle arcate dentarie. (Tuttavia va ricordato che tale fenomeno era stato notato già molto tempo prima che insorgessero gli altri sintomi morbosi).

L'aver constatato la presenza di disturbi endocrini in casi di distrofia muscolare non significa certo potere senz'altro sostenere una dipendenza di questa malattia da quelli. E' troppo raro e troppo speciale il quadro delle distrofie muscolari di fronte alla frequenza, con cui si incontrano disturbi delle glandole a secrezione interna, perchè si possa con tanta facilità invocare un tale rapporto.

Sicchè, non volendo accettare un rapporto diretto di causalità, resta sempre più verosimile l'ipotesi che una stessa causa morbosa abbia interessato contemporaneamente o successivamente talune glandole endocrine da una parte e dei gruppi muscolari dall'altra, tanto da dar luogo al complesso quadro morboso quale abbiamo rilevato nel nostro paziente. È probabilmente a base di tale infermità si deve invocare una speciale predisposizione tanto del sistema muscolare, quanto del sistema endocrino.

Su un caso di « neoplasma primitivo » del polmone.

Dott. Antonio Aldo Gardelin.

Data la scarsa frequenza dei neoplasmi primitivi del polmone scrivo la storia clinica di un a., affetto di tale forma, presentatosi al mio ambulatorio.

Storia clinica. — F. G., anni 42, San Cipriano di Roncade (Treviso), celibe.

Anam. famigliare. — Un fratello in cura per tbc. polmonare.

Anam. personale. — Il p. per più di dieci anni lavorò nelle miniere di carbone nell'America del Nord. A suo dire e a quello dei famigliari ha sempre goduto ottima salute, forte lavoratore, discreto bevitore, nega di essersi mai contagiato di malattie veneree. Circa 19 anni fa, mentre era in America, in seguito ad uno strapazzo fu colpito da tosse abbondante, poco catarro, leggerissima emottisi. Fu consigliato il ritorno in patria dove, complessivamente in circa 5 mesi, guarì del tutto, con medicine e con un mese di montagna, sì da ritornare in America al lavoro pesante delle miniere per molti anni ancora.

Due anni fa, lavorando alle intemperie, ebbe per due-tre giorni, dolori vivi a sinistra, tosse, febbre; chiamato il medico, prescritto sanguisugo locale l'ammalato guarì.

Anam. prossima. — La malattia attuale risale a circa tre mesi fa. L'a. avvertì: stanchezza generale, poca voglia di lavorare, e un progressivo dimagrimento. Da un mese solo nota minima tosse, lieve dolore gravativo presternale irradiantesi a destra, lieve dispnea anche nelle leggere fatiche, ed emissione difficoltata di uno sputo chiaro, gelatinoso; non ebbe, da 19 anni in qua, più emottisi; va attualmente soggetto a facili epistassi. In questi ultimi tempi il deperimento e i disturbi soggettivi sono andati aumentando.

L'a. afferma di non aver mai febbre ma solo senso di freddo. Nel tempo che l'a. fu sotto la

mia sorveglianza riscontrai due sole volte leggero movimento febbrile dopo fatiche. Da una decina di giorni circa avverte formicolii al polpaccio della gamba sinistra, che qualche volta resta intorpidita. Null'altro avverte l'a. se non il progressivo decadimento di forze e dimagrimento che a dire dei famigliari in questi ultimi giorni è andato fortemente accentuandosi. Nulla avverte a carico dell'apparato digerente, afferma d'essere discreto mangiatore e di non aver nessuna noia dalla qualità e quantità dei cibi.

Esame obiettivo. — Cachessia marcatissima generale, pallore alla cute e alle mucose visibili, leggero affanno nei movimenti e fatiche. Piccole e scarse ghiandole alla regione sopra clavicolare e sotto ascellare. Marezzature venose a carico della parte superiore del torace, a destra più manifeste. Torace piatto. Il diametro antero-posteriore dell'emitorace di destra e, all'altezza del capezzolo della mammella, di un centimetro e mezzo maggiore del sinistro. Spazi intercostali evidenti; il I e III di destra sono più larghi; l'emitorace di destra alla pressione dà una certa resistenza. Nelle escursioni respiratorie l'emitorace di sinistra si espande normalmente, il destro

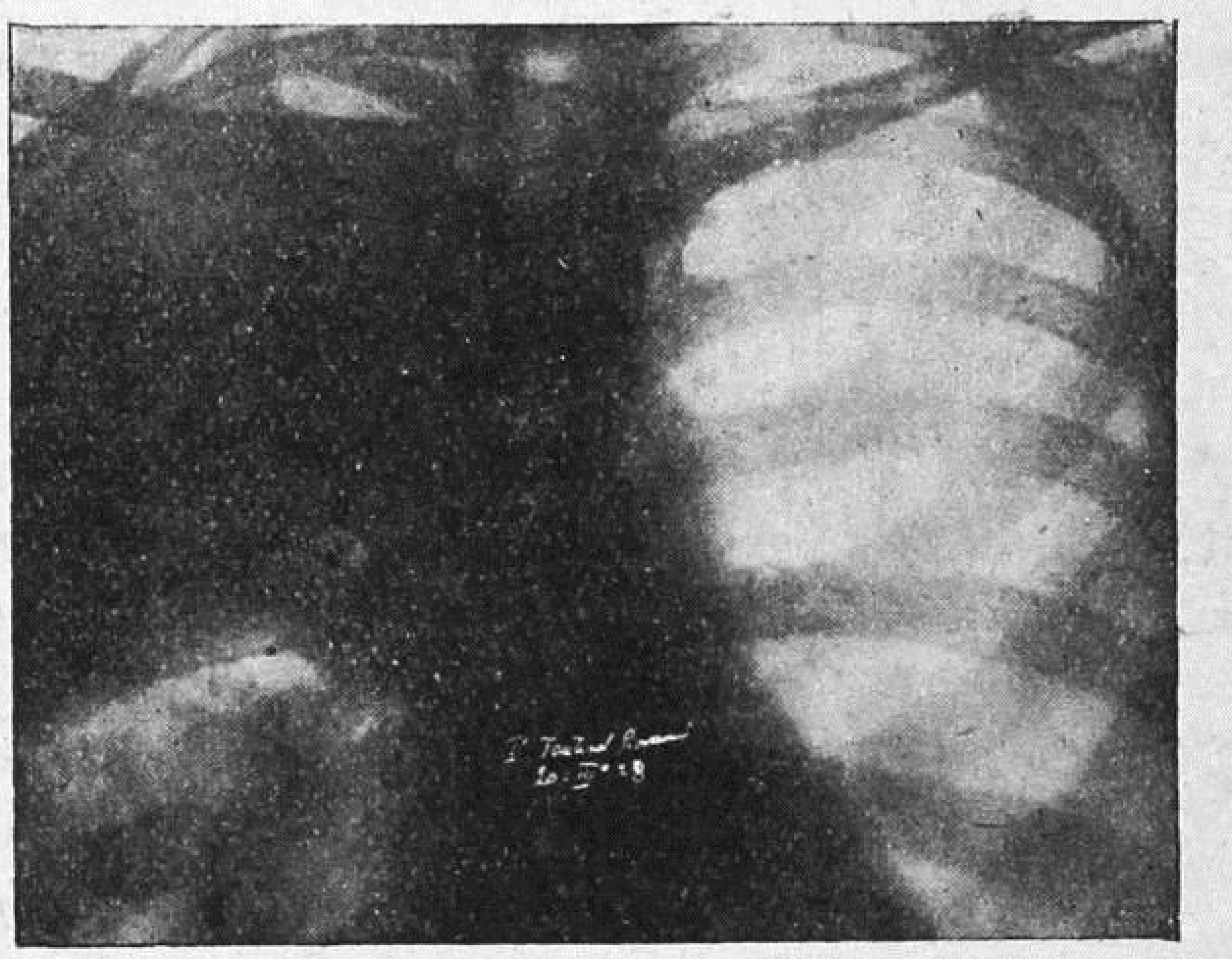


FIG. 1.

molto limitatamente. Fremito vocale tattile a sinistra normale a destra aumentato di molto su tutto l'ambito toracico, specialmente più manifesto a carico della zona ottusa che ora descriverò. Alla percussione a destra posteriormente: subottusità nella regione apicale fino al II spazio intercostale. Da questa subottusità nettamente si passa ad un'ottusità compresa tra il II e il IV spazio intercostale; l'ottusità è a cintura su tutto l'emitorace destro. Subottusità dalla quinta costa in basso. Anteriormente eguale reperto alla percussione, solo è un po' più limittata in basso l'ottusità, che arriva alla terza costa. Normale la percussione a sinistra. All'ascoltazione: in relazione della zona subottusa alta di destra la respirazione è diminuita, il murmure vescicolare è affievolito, in relazione all'ottusità il murmure è scomparso del tutto e la respirazione s'avverte a modo di un rumore di canello, soffio tubarico. Sotto l'ottusità il murmure ricompare affievolito; s'odono inoltre diffusi scrosci leggeri. Sull'emitorace sinistro leggeri sfregamenti pleurici sparsi su tutto l'ambito.

Radioscopicamente (posizione eretta antero-posteriore) noto: l'emitorace di sinistra e il diaframma nei movimenti respiratori sono normali; il destro invece è poco mobile, quasi fisso; il diaframma è abbassato di circa tre dita dal normale, minimamente si muove, non deformato; l'angolo costo-diaframmatico appiattito. L'apice di destra è leggermente e uniformemente velato, poco si rischiara nella tosse. L'apice di sinistra, pur esso opacato, si rischiara facendo tossire l'a. A destra al di sotto della clavicola fino al quarto spazio notasi un opacamento marcato uniforme a cintura a tutto il polmone che non si modifica con la tosse; la parte bassa di questa cintura è opaca del tutto mentre la parte alta lo è in minor grado e vi si notano dei piccoli prolungamenti e piccoli focolai nodosi opachi. In basso il limite è netto e segue con linee rette il



FIG. 2.

decorso della scissura interlobare del lobo superiore. La rimanente parte bassa del polmone, è leggermente opacata, e in essa si vedono noduli che seguono, partendo da circa la regione ilare, l'ombra cardiaca; i maggiori di questi sono grossi come un uovo di piccione. A carico dell'emitorace di sinistra si ha una perilinfangite vasta con leggero opacamento in toto del polmone, opacamento che si rischiara facendo tossire l'a.

Feci una radiografia all'ammalato in piedi, in posizione antero-posteriore che mi confermò il reperto radioscopico, facendomi marcare ancor più i limiti netti e rettilinei della massa opaca nel margine inferiore (Fig. 1). Esaminata la cavità addominale nulla noto di notevole, avverto solo che il bordo del fegato deborda di due dita circa dall'arco costale; alla palpazione dell'organo nulla di patologico. Spiego subito l'abbassamento del fegato con lo spostamento in basso del diaframma come radioscopicamente notai. Null'altro di patologico negli altri organi.

Per sincerarmi sulla natura del suddetto opacamento volli fare una puntura esplorativa. Presi un agocannula lungo circa centimetri sei e discretamente grosso applicato ad una comune siringa di Pravatz e lo infilai un dito medial-

mente al margine mediale della scapola nel quarto spazio intercostale di destra, obliquamente in alto in modo da arrivare con l'ago, nella massa della quale l'esame clinico-radioscopico e radiografico mi era data la presenza. Per due centimetri circa penetrai senza difficoltà come nelle comuni punture esplorative. Procedendo mi sembrò che l'ago penetrasse in un tessuto più com-

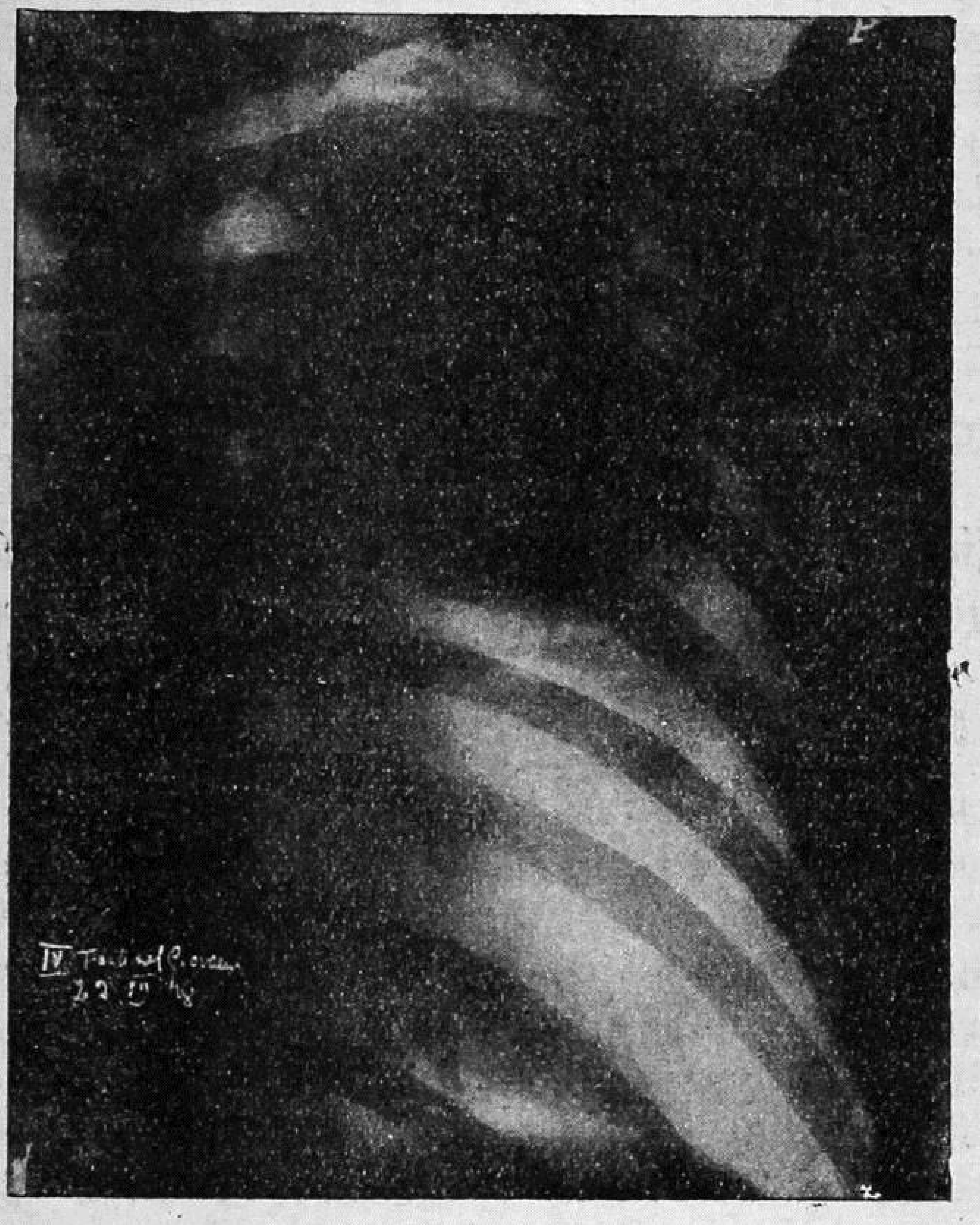


FIG. 3.

patto, più duro; spinsi l'ago egualmente, fino a penetrarvi per circa centimetri cinque. Cercai allora di aspirare, ma lo stantuffo della siringa non funzionò come se l'ago fosse occluso; ritirai pian piano l'ago continuando l'aspirazione che mi riuscì negativa; quando l'ago era nella cavità per circa un centimetro e mezzo, aspirando, lo stantuffo funzionò, ma nella siringa non sangue, nè pus, nè liquido ma aria. Giudicai d'essere nel cavo pleurico; estrassi l'ago e feci un leggero massaggio perchè non rimanesse attraverso la parete toracica, dato che avevo adoperato un ago un po' grosso, un foro anche minimo. L'a. ebbe subito immediatamente dopo tosse abbondante, peso gravativo a destra e leggero malessere. Pensai si fosse formato un pneumotorace per aver io con l'ago, penetrato nello spessore polmonare, ferito qualche bronco discretamente grosso Passai l'ammalato dalla posizione seduta alla sdraiata. Il malessere ben presto passò, non la tosse che persistette. Volli rivedere radioscopicamente l'a. e confermai l'ipotesi del pneumotorace formatosi non certamente attraverso la parete toracica, ma attraverso a qualche bronco leso. Notai come la poca aria penetrata nel cavo pleurico ricoprisse uniformemente e completamente il polmone, staccandolo per intero dalla cavità pleurica, ciò anche dalla parte del mediastino, delimitando ancor più la massa oscura precedentemente notata. Non descrivo i limiti di questa massa che risultano bene alla radiografia che vi presento (Fig. 2ª).

Clinicamente in questo momento noto alla percussione: all'ottusità notata prima è subentrata una subottusità, mentre c'è suono timpanico-leggero nella parte alta e bassa del polmone dove prima notavasi subottusità. All'ascoltazione; il respiro a canello, pur diminuito, è ancora evidente, anteriormente, due dita sopra la mammella, avverto dei scrosci che precedentemente non avevo notati.

Feci portare l'a. a letto e persistendo la tosse anche il giorno dopo, ordinai dell'eroina a goccie che mi diede il risultato desiderato.

Rividi l'a. ai raggi due giorni dopo e notai che le zone occupate dall'aria nella cavità pleurica erano di poco aumentate, quasi di nulla, come da radiografie III in posizione antero posteriore e IV in posizione postero anteriore.

Rividi l'a. dopo otto giorni e radioscopicamente constatai che le zone occupate dall'aria endopleurica penetrata non si erano per nulla modificate.

Mi dimenticai di dire che nel secondo giorno l'a. venne al mio ambulatorio accusando un dolore fortissimo al polpaccio di sinistra, accentuantesi alla pressione, dolore che andò talmente aumentando sì da impedire all'a. la deambulazione e da obbligarlo a letto. Oggettivamente il polpaccio appariva pallido, freddo, duro al tatto, leggermente edematoso, gonfio, il dolore massimo era localizzato all'unione del capo laterale e del mediale del gastrocnemio col tendine calcaneale; in questo posto l'a. non poteva sopportare la benchè minima pressione; allontanandosi da que-

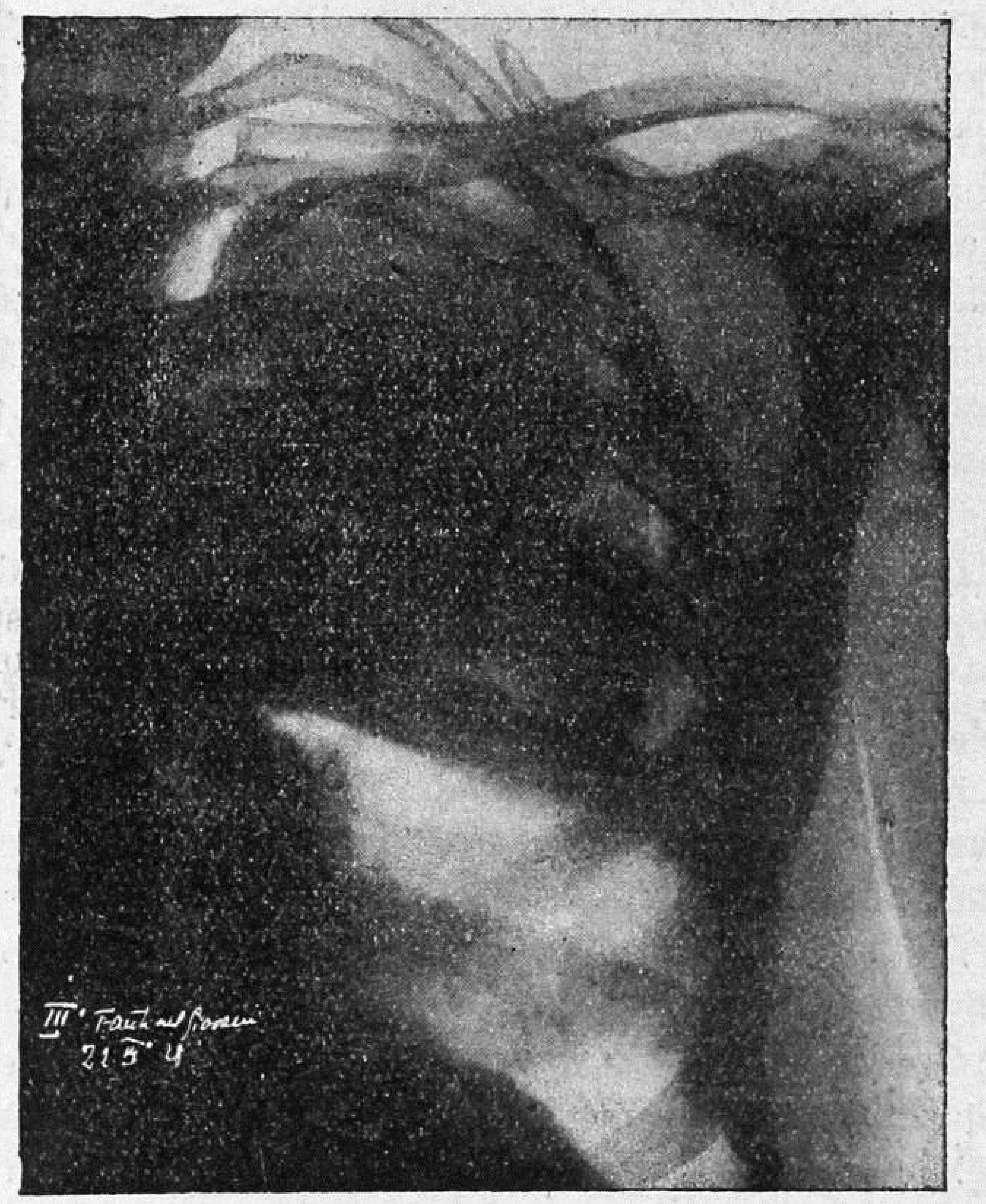


FIG. 4.

sto punto, posteriormente, il dolore alla pressione progressivamente andava diminuendo sì a scomparire; le rimanenti zone dell'arto non erano dolorose. Nei primi giorni il dolore era continuo anche indipendentemente dal movimento e dalla pressione. Dopo tre giorni di riposo assoluto il dolore andò mancando, e rimase solo discretamente forte alla pressione.

Riferisco gli esami di gabinetto che sembrami possano servire:

Esame dello sputo: negativo al Koch e all'esame isto-patologico.

Wasserman: negativa.

Formula leucocitaria:

Polinucleati neturofili 65,5 %; Pol. basofili 1,5; Pol. eosinofili 0,5; Linfociti 22,0 %; Mononucleati grandi 9,0; Forme di passaggio 1,5.

Escluso si tratti di processo specifico, di ascesso polmonare o di pleurite saccata per la mancanza di sintomatologia clinica e radioscopica, per la negatività dello sputo e per l'esito della puntura esplorativa, due sono le diagnosi che si possono considerare: « Cisti o Neoplasma ». Elimino la prima per il reperto radioscopico che si ha in questi casi, per l'assenza della eosinofilia, e per la negatività della puntura esplorativa. L'età, il sesso, i precedenti di lavoro, la localizzazione della massa, il dimagrimento, cachessia pronunciatissima, la facile stanchezza al lavoro, il marcato reticolo venoso sottocutaneo, l'aumento dell'emitorace destro, specialmente a carico del I e II spazio intercostale, lo scarso movimento dell'emitorace confermato anche ai raggi, la resistenza palpatoria, la massa delimitata alla percussione e confermata allo schermo, il respiro anforico avvertito in corrispondenza di essa mi portano alla diagnosi di una massa neoplastica del lobo superiore di destra. Ad avvalorare questa diagnosi stanno i noduli visti radioscopicamente al lobo inferiore di destra quali metastasi del processo del lobo superiore, ed il dolore apparso improvvisamente al polpaccio della gamba sinistra causato da embolo neoplastico staccatosi dalla massa madre per il trauma del pneuma formatosi. Obiezioni che si possono fare alla diagnosi di neoplasia è la mancanza del colore rosso-vinoso dello sputo, la non compartecipazione della pleura, e la poca cointeressenza delle ghiandole regionali. La prima non ha ragione di sussistere pensando che il catarro al momento attuale è segregato dai grossi bronchi non ancora cointeressati dal processo neoplastico, i quali non sono in comunicazione coi piccoli bronchi e col parenchima perchè la massa neoplastica ne strozza le comunicazioni. Alla seconda obiezione si può giustamente dire che il neoplasma iniziatosi centralmente al lobo superiore, pur avendo avuto rapido sviluppo non ha ancora interessata la pleura dando il versamento emorragico caratteristico; ed è perciò che le ghiandole regionali non sono molto cointeressate se si pensa che i linfatici che le alimentano hanno origine nella massima parte dal tessuto sottopleurico. Data l'eguaglianza di sintomatologia tra i sarcomi e carcinomi polmonari è difficile in vita poterne fare la diagnosi, si avrebbe potuto farla se l'esame dello sputo isto-patologicamente m'avesse data luce in proposito, o meglio ancora se avessi proceduto ad una biopsia, in ogni modo dato lo sviluppo della neoplasia in breve tempo, propendo per il *carcinoma.*

Treviso, marzo 1928.

Maggio 1928. — Rivedo l'ammalato: le condizioni di cachessia sono aumentate, la sintomatologia clinica e radioscopica ancor più mi confermano la diagnosi. Interrogato l'ammalato mi dice di emettere spesso catarro difficoltato, di color rosso nerastro che descrive simile ai fondi di caffè.

NOTE E CONTRIBUTI

Tumori sperimentali e terreno umorale modificato per opera di processi infettivi.

Prof. PAOLO MARICONDA.

Le mie numerose e pazienti ricerche in riguardo all'influenza dei germi piogeni sui tumori maligni iniziate nel 1909 e continuate fino al 1925, riprese nel 1926 fino ad oggi, riguardano sempre la modificazione del chimismo umorale degli animali affetti da tumore maligno, per mezzo di germi piogeni e dei prodotti di essi· tossine e siero di sangue, di animali piogenizzati. Nelle monografie e nel primo volume pubblicavo tutti i protocolli delle mie esperienze concludendo che i germi piogeni e i loro prodotti modificano il terreno umorale degli animali affetti da tumore maligno, sia spontaneo, sia innestato: cioè le infezioni acute o croniche possono modificare il terreno umorale determinando la necrosi colliquativa del tumore, cioè l'oncolisi. Spiegavo il meccanismo di azione del germe piogeno con la sua azione prima sul nucleo delle cellule blastomatose, quindi sul citoplasma e quindi sul ricambio materiale. Nel mio secondo volume, del quale, per ora stralcio soltanto questa nota, mi occupo dell'influenza dei germi piogeni sullo sviluppo del tumore da catrame, sul sarcoma del pollo, mettendo in rapporto essi tumori influenzati dai piogeni, anche colle glandole endocrine.

Della importanza ormai scientificamente e sperimentalmente dimostrata del potere modificatore del terreno umorale, che può assumere un processo infettivo in presenza di un agente noto od ignoto apportatore di processi alterativi degli organi o delle loro funzioni per cui l'individuo viene a soccombere, ormai non credo si possa dubitare. In queste mie ricerche cerco di dimostrare che tanto il tumore da catrame quanto il tumore del pollo, sarcoma di Rous, ormai credo dallo

stesso autore non considerato vero processo blastomatoso, si comportano diversamente dai tumori spontanei o innestati quando vengono inoculati gli animali da germi piogeni o dai prodotti di questi. Per quanto il sarcoma del pollo trovato per la prima volta da Rous da lui studiato e successivamente da Pentimalli ed altri non possa essere considerato ormai come un vero tumore, pure, dato il rumore mosso nel campo scientifico dagli studi di altri autori, Barnard e Gyé ed anche dal Pentimalli, che esaurientemente se ne è occupato, pure abbiamo creduto sempre interessante ai fini delle nostre ricerche volere eseguire l'inoculazione dei germi piogeni o dei loro prodotti nei polli affetti dal sarcoma. I risultati ottenuti finora sono vari e contradittori; io per mezzo del siero di sangue degli animali infettati preventivamente o per mezzo della coltura in brodo il più delle volte ho visto evolversi il tumore, contrariamente a quanto avveniva per il sarcoma del ratto e per il cancro del topo; ed anche quando si asportano le glandole endocrine i fatti non mutano. Dirò delle considerazioni per esteso che si possono fare, traendo alcune conclusioni, che diffusamente saranno trattate nel secondo volume coi protocolli delle mie esperienze. Pertanto non è fuori di luogo dire che anche gli antichi studiosi videro scomparire un qualche tumore per l'azione topica della erisipela, che tra parentisi, è prodotta sempre da un unico germe, lo streptococco piogeno, che non è specifico. È cosa anche nota che un flemmone dello stomaco può benissimo coesistere con un cancro dello stesso organo e che quindi il germe piogeno, per usare una simpatica espressione di altri, può diventare commensale dell'organo affetto da tumore; come è del pari noto che tubercolosi e cancro possono coesistere; come è risaputo di già, che si pensava, sia pure in linea ipotetica, ad un antagonismo tra tubercolosi e tumore maligno o fra questo e malattie a lento decorso, Bokitanski, Hunter, Barth, Brinton, ed altri. Tutte le osservazioni fatte clinicamente non avevano avuto però la dimostrazione sperimentale che cioè una malattia infettiva può essere antagonista all'evolversi di un blastoma. Siamo lontani prima del 1909 alla dimostrazione sperimentale che un germe piogeno o i prodotti di esso ovvero dire le infezioni modificano il terreno umorale di un individuo affetto da tumore; del pari è stato acquisito ormai definitivamente alla scienza in data recente (von Juaregg), che il terreno umorale di un sifilitico (paralisi progressiva e malaria) può essere modificato da un processo infettivo o infestivo. Il distruggersi per necrosi colliquativa del tumore con tutte le reazioni che dà l'inoculazione dei germi infettivi, non è forse un processo di modificazione di terreno umorale in cui non attecchisce piu il tumore ovvero non si evolve? Come spiegarlo altrimenti? Non sempre, si sa, esiste un parallelismo tra virulenza del germe e reazione dell'organismo con tumore, come del resto anche per altre malattie non esiste un costante parallelismo tra il comportamento della sindrome clinica e il comportamento delle manifestazioni umorali; rimane però sempre dimostrata la influenza benefica modificatrice sul terreno umorale dell'agente infettivo appunto per lo stato delle alterazioni anatomo-patologiche, che si riscontrano. L'inoculazione in circolo del germe piogeno o dei suoi prodotti provocherebbe processi difensivi per i quali i prodotti setticemici o tossiemici andrebbero a fissarsi nel tumore come in un *locus minoris resistentiae*, dove si determinerebbe il processo di disgregazione del blastoma dall'interno verso l'esterno, attaccando cioè il nucleo e quindi determinando il processo di necrosi colliquativa in alcune zone del tumore e in altre solo in parte determinando il processo di involuzione; ciò che non si avvera nel tumore da catrame o solo in parte e non si avvera affatto nel tumore del pollo, che oggi da quasi tutti i più autorevoli studiosi e ricercatori è considerato, come si è detto, forse un processo granulomatoso. Del resto le mie ricerche confermano quanto sopra, come si vedrà nei protocolli del mio secondo volume, in quanto che si dimostrano veri e propri fenomeni, che testimoniano della non avvenuta modificazione del terreno umorale in confronto degli animali con tumori veri spontanei o sperimentali. Dirò di sfuggita che su 27 polli di cui due soli con tumore, dopo tre mesi di promiscuità, ben 9 divennero affetti dallo stesso tumore, del cosidetto sarcoma di Rous.

Per me il fatto della mancata oncolisi nei tumori da catrame e nel tumore del pollo per opera della inoculazione dei germi piogeni, è sempre un dato di fatto che mi induce a pensare che tanto il tumore da catrame come il tumore del pollo non siano veri blastomi ovvero che abbiano una evoluzione a sè, cioè una evoluzione individuale specifica cioè ogni tumore individuale dell'animale che lo ospita si comporta come organo a sè secondo la costituzione. Quando a ciò si aggiunge la distruzione del tumore per necrosi, negli animali con tumore spontaneo e si hanno altri dati di fatto derivanti da altre osservazioni di indole chimico-biologica e istopatologica, di cui dirò nel lavoro completo, mi sembra raggiunta la prova sperimentale che anche per i tumori maligni degli animali da esperimento trattàti con agenti infettivi si debba parlare di modificato terreno umorale. Altri più autorevoli di me continueranno le ricerche anche in altri campi e per altre malattie, giacchè ormai è risaputo ed acquisito che qualunque stimolo biologico è buono per ottenere una risposta dalla

natura, cioè una reazione dallo equilibrio biochimico naturale; spero di avere i mezzi e l'entusiasmo ancora per poter portare un qualche contributo ad un problema nuovissimo, che si impone all'attenzione dei ricercatori delle cause delle malattie; ed oggi che la etiologia e la cura dei tumori maligni sono oggetto di studi e di ricerche intensificatisi in questi ultimi tempi anche per opera e per volere di Chi ci governa, che sente tutta la responsabilità della difesa della razza nell'incoraggiare ogni iniziativa, non credo siano inutili le ricerche sui tumori anche del più modesto studioso di cose biologiche.

N.B. - Le ricerche di cui è parola, sono state eseguite nell'Istituto di anatomia patologica della R. Università di Sassari, da me diretto, e nell'Istituto di patologia generale di Roma diretto dal prof. Bignami; le antecedenti (dal 1909 al 1925) nell'Istituto di anatomia patologica della R. Università di Roma.

QUESTIONI DEL GIORNO.

La profilassi dell'influenza.

Il Ministero della Sanità d'Inghilterra ha emanato delle norme profilattiche contro l'influenza, che riproduciamo nelle parti essenziali (cfr. *Lancet*, 12 genn. 1929).

Si richiama anzitutto l'attenzione sulla necessità di una sufficiente ventilazione e sul pericolo che presenta il sovraffollamento nelle stanze da letto e ancor più nei treni, tranvai, omnibus, luoghi di riunione, che sono i luoghi dove è più facile la diffusione dell'infezione.

Durante l'epidemia di influenza, quelli che possono farlo, si astengano il più che è possibile dal frequentare i luoghi sovraffollati e diminuiranno così le probabilità d'infettarsi.

Oltre ad una buona nutrizione, è assai utile che ognuno pensi ad evitare le malattie respiratorie. A tale scopo, si consigliano la protezione per mezzo di vaccini, l'uso della maschera ed i gargarismi. Per questi ultimi, si potrà usare il timolo (glicerina al timolo, disciolta in acqua) od il permanganato a 1/5000. La maschera può essere utile per chi è addetto all'assistenza dei malati. I vaccini possono essere usati specialmente per diminuire le infezioni secondarie; consistono generalmente di emulsione di germi uccisi (pneumo- e streptococco, con bacilli di Pfeiffer); pur non potendo essere considerati troppo ottimisticamente, è un fatto che essi in qualche caso hanno dato buoni effetti.

La continuazione del lavoro, quando si sono manifestati i primi sintomi, costituisce un danno per il paziente ed un pericolo per gli altri. Il lavoratore manifestamente malato deve subito essere mandato a casa. Se l'influenza si diffonde molto, non si dovrà ricorrere a nessuna punizione per il lavoratore che si assentasse dal lavoro sia pure per un leggero attacco di influenza o per un raffreddore con febbre; si deve ammettere senz'altro, in questi casi, la buona fede e gli individui vanno anzi incoraggiati ad agire così.

Non appena il paziente abbia la prima sensazione di malattia od un aumento di temperatura, deve subito andare a letto, tenersi ben caldo e chiamare il medico; le complicazioni e le ricadute si evitano appunto mettendosi a letto al più presto e rimanendovi per 2-3 giorni dopo passata la febbre. L'alzarsi troppo presto, il prender freddo e l'affaticarsi durante la convalescenza possono avere le peggiori conseguenze.

I primi stadî della malattia sono i più infettanti; la capacità d'infettare, però, può persistere anche durante la malattia, sicchè l'isolamento deve essere mantenuto almeno fino a che la temperatura è ritornata normale. Se il paziente non può esser messo in una camera separata, è opportuno che almeno sia separato per mezzo di paraventi.

Il virus dell'influenza è facilmente distrutto, sicchè non vi è bisogno di notevoli misure di disinfezione. È opportuno che l'espettorato sia messo in adatti recipienti con cloruro di calce od altri disinfettanti; i fazzoletti usati vanno messi subito nei disinfettanti o, se di carta, bruciati.

Chi assiste il malato potrà diminuire le probabilità di infettarsi, evitando di inalare il respiro dell'infermo, specialmente quando questo tossisce, starnuta o parla; si potrà tenere il fazzoletto od altra protezione davanti alla bocca e voltare la testa da un lato, quando il malato tossisce o starnuta. Si dovrà anche tener presente il pericolo di infezione per mezzo delle dita, e si laveranno bene le mani dopo contatto col paziente o con le secrezioni del naso e della gola.

Per quanto riguarda le scuole, vi può essere un vantaggio nella loro chiusura quando si tratti di scuole rurali o di piccole città; nelle grandi città i luoghi di riunione sono tali e tanti che quello della scuola rappresenta un pericolo quasi trascurabile. *fil.*

Esiste un'effettiva profilassi dell'influenza?

Anzitutto occorre premettere che l'infezione epidemica influenzale non è il comune catarro di raffreddore, che sotto speciali temperature, si impianta in vecchi bronchitici, ma secondo le ricerche batteriologiche di P. Schmidt (*Deut. Med. Woch.*, 25 genn. 1929) la grippe odierna è, nella grande percentuale dei casi, una vera influenza. Quando anche si trattasse delle due forme combinate, la forma infettiva è certamente quella che ha il sopravvento.

La questione di una effettiva profilassi è da molti negata, essendo ad ognuno note le enormi difficoltà di attuazione, ma d'altra parte la scienza

medica non può e non deve deporre le armi di fronte ai gravi danni, che queste ripetute epidemie di grippe, arrecano all'umanità.

Gran parte, nella mancanza di una buona profilassi, ha l'ignoranza del meccanismo della contagiosità e della speciale azione patogenetica del virus. Per l'A. però e per molti altri ricercatori, è indubbio che si tratti del b. di Pfeiffer.

Nelle trasmissioni artificiali della malattia mediante culture, è stato veduto che esso si trova quasi sempre unito allo streptococco ed allo stafilococco. Nella sua estrema piccolezza, sta forse la sua virulenza e la capacità di penetrare nelle mucose e nel parenchima polmonare.

Quale è ora la via ordinaria della trasmissione? Si tratta essenzialmente di semplice penetrazione nelle vie aeree inferiori delle gocciole espettorate con la tosse, o di una deposizione di dette gocciole sugli occhi, sulle labbra, sulla mucosa nasale?

Può essere presa in considerazione una trasmissione agli occhi, alla bocca, al naso, per mezzo delle dita?

Esiste differenza se una gocciola di tosse viene direttamente aspirata nella trachea o nei bronchi, o solamente nella parte anteriore del naso?

Nulla di certo in verità può affermarsi fra tutte queste possibilità.

Da ricerche praticate nell'Istituto dell'A., su 15 innesti intranasali uno solo fu seguito da successo, ma nonostante ciò l'A. crede che nella generalità dei casi la deposizione di agenti virulenti sulla mucosa nasale e sulla trachea, sia sufficiente per il contagio, e d'altronde anche l'inizio della grippe nel rinofaringe parla per ciò.

In quale misura la via dell'infezione è rappresentata dagli occhi, non è chiaro, certo è che la congiuntivite si ha spesso, ed i bacilli di Pfeiffer si trovano anche nel sacco congiuntivale; il quale rappresenta un termostato vivente, con condizioni favorevoli al loro accrescimento.

Se la distanza da colui che tossisce è inferiore ad un metro, è certo che gli occhi sono colpiti; se la deposizione dei bacilli avviene invece sulle labbra o sulle coane anteriori, il loro sviluppo futuro è più incerto.

Il contagio a mezzo del dito, a causa del rapido prosciugamento, ha una parte subordinata nel contagio, e così pure il toccare recipienti od utensili. La tosse dunque è quella che ha maggiore importanza per lo spargimento dei germi, anche perchè durante la tosse la concentrazione delle gocciole è maggiore. Subito dopo la tosse, il pericolo è minore, perchè la maggior parte delle gocciole, specie le più pesanti, cadono in basso.

Grande importanza infine per la diffusione della grippe, ha, secondo l'A., più che il tempo, più che la stagione, la riunione in massa di persone (caserme, dormitori, tramvai ecc). Sembra infatti accertato che il bacillo di Pfeiffer sia capace d'infezione solamente durante i primi giorni di malattia e che la sua virulenza aumenti con il passaggio attraverso le masse.

Se pertanto dette considerazioni sono giuste, occorrerebbe anzitutto filtrare l'aria che si respira: un paio di occhiali e dei tamponi nelle fosse nasali, dovrebbero dare una diminuzione del pericolo. Specie le persone molto esposte, dovrebbero prendere queste precauzioni. Le labbra ed il naso potrebbero anche essere spalmati di una crema alla lanolina, che avrebbe la facoltà di arrestare le gocciole di tosse.

La profilassi poi diverrebbe ancora più sicura, usando molta pulizia nei fazzoletti ed evitando di toccare gli occhi ed il naso con le dita.

Il malato che sta in letto non rappresenta naturalmente il più grande pericolo del contagio, di fronte agli ammalati ambulatori, specie se questi non hanno alcuna comprensione per l'igiene della tosse. Buona regola pertanto è sempre quella di far tossire e starnutire nei fazzoletti, e di tenersi alla distanza di non meno di 1 metro.

Le difficoltà della profilassi aumentano senza dubbio in ambienti di bambini, che tossiscono.

Se il carattere della grippe assume la forma maligna, occorre, secondo l'A., attuare le misure più rigorose consistenti in special modo nell'evitare qualsiasi ammucchiamento di persone, e ciò per un certo periodo di tempo, in modo da rompere la catena dell'infezione, o per lo meno ottenere una diminuzione del contagio, essendo esso tanto minore, quanto più tempo passa tra un caso e l'altro.

Naturalmente, *conditio sine qua non* deve essere la collaborazione di persone intelligenti, ed anzi ogni singola persona dovrebbe imporsi volontariamente quasi una vita di eremita...

Con una profilassi rigorosa, le perdite economiche del popolo, senza dubbio, secondo l'A., diverrebbero minori; certo è che la collaborazione fra autorità sanitarie e popolazione mai è così urgente come nelle gravi epidemie A. Pozzi.

SUNTI E RASSEGNE.

MILZA.

Il tumore di milza contrattile emorragiparo, come probabile forma di splenoangiopatia primitiva.

(E. GREPPI. *Min. Medica*, n. 38, sett. 1928).

Le opinioni sulla lesione della milza a tipo splenomegalico, descritto in Italia dal Gamna, non sono ancora concordi.

Le ipotesi emesse per spiegare tale splenomegalia sono rappresentate da due tendenze: l'italiana, la quale considera il nodulo di Gamna così come fu descritto da questo A.: nodulo siderotico-emorragico paravasale, a reazione granulomatosa; la francese, la quale mettendo in rilievo dei corpi a testa e dei fasci di fibre e filamenti nei noduli splenici, interpreta questi corpi come funghi superiori, a carattere di aspergillo, ed i noduli micotici come espressione d'una malattia della milza, « micosi splenica ».

In rapporto all'anatomia patologica, il nodulo di Gamna non si può considerare come esclusivo di un'affezione splenica a tipo granulomatoso, così come dapprima l'intese l'A., perchè esso è comune ad altre affezioni spleniche, come per es. le leucemie, gl'infarti, le splenomegalie di natura ignota ecc.

Tuttavia il nodulo di Gamna si riferiva ai casi con grosso tumore di milza primitivo, con una diffusione di noduli tipici paravasali, e con reazione sclerosa dello stroma connettivale, ma senza lesione del tessuto emopoietico e del reticolo-endotelio. Questa tipica diffusione dei noduli tabacco, senz'altra lesione istologica, aveva fatto stabilire la nuova forma morbosa.

Accanto ai noduli siderotico-emorragico-granulomatosi sono state osservate alterazioni a carico dei vasi splenici, i quali si presentano fortemente dilatati; la milza appare congesta, e contiene una quantità di sangue molto maggiore che di norma (fino a 1700 cmc. sec. Goinard). Si nota inoltre una endoflebite della vena splenica, la quale può alterarsi fino al punto da dare focolai indurativi e trombotici a distanza.

Clinicamente questa entità morbosa verrebbe a coincidere con quella forma che prima era classificata come splenomegalia tromboflebitica, in cui si ha un tumore cronico di milza, a tipo benigno, senza risentimento emopatico, e con tendenza alle emorragie gastro-intestinali. Non sempre il quadro morboso si presenta con tali caratteri; così le emorragie in un primo tempo possono mancare.

L'assenza dell'anemia fa distinguere questa forma dal morbo di Banti.

La diagnosi di splenomegalia cronica primitiva, a noduli siderotico-granulomatosi, con emorragie gastro-intestinali va distinta dalla tromboflebite occlusiva.

In quest'ultima però il decorso non è tanto cronico e benigno; v'è inoltre presenza di febbre, ascite, circolo collaterale, stasi renale, edemi agli arti. Tuttavia spesso riesce difficile differenziare una splenomegalia tromboflebitica da una splenomegalia primitiva a noduli di Gamna, per le intime relazioni che sono state messe in evidenza fra queste due forme dal Frugoni e dalla sua scuola.

Portando il contributo personale d'un caso di tale affezione, l'A. propone di ricercare la contrattilità del tumore di milza per mezzo dell'adrenalina; tale prova si mostrerebbe positiva nella splenogranulomatosi tipo Gamna.

L'A. propende a considerare questa splenomegalia come una malattia con lesione della struttura vasale e circolatoria della milza. La reazione caratteristica che presenta la milza siderotica a contrarsi sotto lo stimolo dell'adrenalina, fanno pensare che questo fattore vascolare sia tanto importante e tipico, quanto la stessa diffusione nodulare.

Come conclusione si può stabilire che la sindrome splenomegalica descritta presenta i seguenti caratteri:

1) anatomici: voluminosa splenomegalia, con presenza di numerosi focolai siderotico-emorragico-granulomatosi paravasali (noduli di Gamna), con sclerosi secondaria del tessuto, con enorme sviluppo vascolare, con ristagno di sangue nella polpa e nei vasi, con tendenza a' focolai endoflebitico-trombotici dei vasi venosi;

2) clinici: tumore di milza, senz'alterazione del reperto ematologico, e con tendenza alle emorragie gastro-intestinali;

3) fisiopatologici: tumore di milza contrattile fortemente alla prova dell'adrenalina.

CARUSI.

Anemia emolitica atipica con splenomegalia nei bambini.

(WHIPPLE, REEVES, COTT. *Ann. of Surgery*, settembre 1928).

E' ben noto come nelle anemie spleniche dei bambini, si trovino casi che non rientrano del tutto nei quadri tipici della malattia. Un carattere comune a tutte è una disfunzione del reticolo-endotelio. Mentre in alcune a tipo di ittero emolitico la lesione è evidentemente limitata alla milza, perchè la splenectomia apporta una guarigione radicale, in altre come nella porpora trombocitopenica può essere limitata alla milza, ma dopo l'asportazione di questa, può riapparire in altri organi questa disfunzione del reticolo-endotelio.

In altri tipi ancora, nel cosidetto morbo di Gaucher, la lesione è sistematica. Si può così comprendere come tanti siano i gradi e i tipi di disfunzione del reticolo endotelio che si manifestano con splenomegalia, anemia ed ittero che non tutti quadrino esattamente nelle sindromi conosciute.

Cooley di Detroit in 2 anni ha pubblicato 7 casi di anemia con ittero e splenomegalia in bambini diversa dall'ittero emolitico e dall'anemia a tipo von Jaksch. Gli AA. hanno operato di splenectomia due sorelle per una sindrome morbosa diversa da tutte quelle conosciute e simile a quella dei bambini studiati da Cooley. Si conoscono così complessivamente 9 casi, dei quali di 3 è stata praticata l'autopsia, 3 sono stati curati medicalmente, in 3 è stata praticata la splenectomia apparentemente con giovamento dei piccoli infermi.

Questi sono i caratteri comuni dei 9 casi.

1. L'inizio nell'infanzia con deperimento, anemia e ittero.

2. La splenomegalia.

3. L'anemia che è dovuta a emolisi, ma questa non si accompagna a diminuita resistenza globulare delle emazie.

4. Gran numero di forme immature di emazie in circolo.

5. Facies mongoloide, dovuta all'ispessimento del frontale dei malari e dei parietali.

6. L'ispessimento è della diploe, perchè i tavolati sono invece assottigliati. Decalcificazione delle ossa lunghe, con strie trasversali di deposizione calcarea.

Questi ultimi reperti vennero interpretati da Cooley come una iperplasia funzionale del midollo osseo in un periodo nel quale i tavolati, o la corticale non sono ancora così resistenti da potersi opporre al suo ingrossamento. Della deposizione di nuovo osso sotto forma di strie trasversali non è stata potuta dare una sufficiente spiegazione.

Lo studio delle milze asportate operatoriamente o all'autopsia dimostra un aumento del tessuto fibroso della capsula e delle trabecole e nella polpa la presenza di elementi piuttosto grossi con nucleo eccentrico e citoplasma pieno di vacuoli. Queste cellule vengono dall'A. interpretate come elementi reticolo-endoteliali atipici, esse somigliano alle cellule che si ritrovano nel morbo di Gaucher, che da qualche autore sono state pure interpretate come elementi atipici del reticolo-endotelio.

Vengono riferiti per esteso i due casi occorsi al Presbyterian Hospital: si tratta di due sorelle italiane rispettivamente di 7 e 3 anni di età.

M. ASCOLI.

Su di un tipo di splenomegalia infantile ancora non classificato.

(I. M. HITZROT. *Ann. of Surgery*, sett. 1928).

L'A. ha operato di splenectomia tre bambini della stessa famiglia, splenomegalici, nei quali dopo l'intervento apparvero numerosissime emazie nucleate nella proporzione di una a cinque. Un caso simile operò 14 anni fa, e lo considerò allora come un'anemia a tipo von Jaksch. In questo malato ancora oggi esistono numerosissime emazie nucleate. Così pure negli altri tre la presenza di emazie nucleate persiste dopo 6 e 8 anni dall'intervento. Benchè in altre forme di anemia con splenomegalia nei bambini si abbia presenza di emazie nucleate, pure in nessuna delle malattie note queste raggiungono un numero così elevato, nè tale numero si eleva così dopo la splenectomia. Casi simili a quelli dell'A. sono i 7 riferiti da Cooley di Detroit il quale li considera come una forma speciale di anemia emolitica infantile che clinicamente può rassomigliare all'anemia a tipo von Jaksch o a un ittero emolitico atipico.

Queste sono le caratteristiche della malattia che ne giustificano la differenziazione dai tipi di anemia con splenomegalia già noti:

1) Sono forme congenite. Non c'è sifilide ereditaria;

2) Segni ematologici di iperfunzione del midollo. Resistenza globulare normale. Numerose emazie nucleate:

3) Emolisi cronica, con tinta subitterica della pelle;

4) Alterazioni delle ossa. Le ossa lunghe mostrano la corticale assottigliata e una striatura su tutta la loro estensione. Le ossa craniche oltre a questi fatti hanno anche un notevole ispessimento della diploe. Queste lesioni delle ossa craniche possono forse essere assomigliate a quelle che si rinvengono nell'ittero emolitico familiare, e che sono state recentemente descritte col nome di « Turmschädel ». Ad ogni modo nella sifilide ereditaria, nel rachitismo, nelle anemie non emolitiche, non si rinvengono tali alterazioni ossee;

5) Facies mongoloide.

A questi caratteri elencati da Cooley l'A. aggiungerebbe il vomito, il deperimento. e il rallentato sviluppo tanto che una delle bambine da lui operata di 14 anni di età, non ne dimostrava forse che 8, e per lo sviluppo fisico e per quello delle facoltà intellettuali! La splenectomia apportò sotto questo riguardo un notevole giovamento in 2 casi.

Nè la malaria, nè i parassiti intestinali che nei bambini possono essere causa di splenomegalia,

nè un'eredità di ittero emolitico potevano essere chiamati in causa nei casi dell'A.

L'esame istologico della milza mostra lievissime alterazioni strutturali senza nessuna caratteristica. MANFREDO ASCOLI.

Sulla micosi sperimentale della milza.

(C. CLEMENTE. *Pathologica*, n. 441, 1928).

L'A. con la inoculazione diretta di una sospensione di spore di *aspergillus fumigatus* è riuscito ad ottenere nel maggior numero degli animali da lui trattati una micosi splenica.

Il quadro anatomo-patologico presentato dagli animali inoculati non è sempre il medesimo ma varia bensì a seconda della specie dell'animale, della dose della sospensione inoculata, e del periodo di tempo che intercorre dalla iniezione al momento della osservazione. Notevole il fatto dell'aumento costante della milza che in qualche caso era giunta a triplicare l'ordinario volume.

Istologicamente l'A. ha potuto dimostrare il formarsi di un tipico nodulo micotico, ed inoltre di altri noduli ialini che possono trovare la loro spiegazione in eventuali cambiamenti di ordine fisico-chimico prodotti dall'aspergillus nel connettivo.

A conclusione del brillante studio l'A. considera come la diversa reazione dello stesso tessuto allo stesso agente possa permettere di spiegare almeno in parte la divergenza così netta delle vedute circa la splenomegalia di Nauta, e che pur mancando alcuni aspetti morfologici che dovrebbero completare la caratteristica fisonomia istopatologica di questa entità morbosa, pure con doverosa riserva, è indotto a ritenere che se mancano alcuni dettagli questi sono di secondaria importanza, mentre esistono quelli principali cioè: la modificazione jalina del connettivo, la presenza del parassita e della siderosi del focolaio. FILIPPA.

NEUROLOGIA.

Azione delle soluzioni ipertoniche ed ipotoniche sulla tensione del liquido cefalo-rachidiano.

(CLAUDE, LAMACHE, CUEL, DUBAR. *La Presse médicale*, n. 20, 1928).

In questi ultimi anni l'ipotensione e l'ipertensione rachidea sarebbero divenuti accessibili ad una terapia che esclude la trapanazione o la puntura.

Weed e Mac Kilben nel 1919 con esperimenti su 65 gatti conclusero che con iniezioni ipertoniche si notava una effimera ipertensione con dislivello fino a 75 mm. scomparente con la fine dell'iniezione: ad essa seguiva una caduta che talora portava a pressioni negative. Dopo 40-60-70 minuti spesse volte la cifra iniziale non era raggiunta.

La meno attiva delle soluzioni era quella di glucosio, la migliore quella di cloruro di sodio; però il Weed fa notare che nella loro azione bisogna tener conto di un coefficiente variabile individuale. Furono notati degli accidenti specie col cloruro di sodio, disturbi cardiaci, respiratori. Con l'acqua distillata notarono una prima fase ipertensiva della stessa durata dell'iniezione, una seconda ipotensiva di 5 minuti, una più duratura terza fase di ipertensione.

Cushing, Foley, Putmann usarono la via digestiva ottenendo ipotensione rachidea considerevole col solfato di sodio o magnesio al 40 per cento, e lo stesso con la via rettale introducendo cloruro sodico al 10 per cento. Eguali effetti rimarcarono facendo ingerire 12-15 capsule contenenti 1 gr. di cloruro di sodio.

Nel 1919 Haden applica questi risultati alla clinica e riesce a far uscire dal coma un meningitico iniettando nelle vene 800 cmc. di siero glucosato al 25 per cento. Cushing, Poley, Hughson, Sachs ed altri trattano in tal modo l'ipertensione dei tumori, dei traumi, alcune cefalee notandone i buoni effetti decompressivi. Leriche in Francia afferma che effetti duraturi possono ottenersi con iniezioni ripetute e buoni risultati notano molti altri. Sperimentalmente perciò e clinicamente si può dire che le soluzioni concentrate o l'acqua distillata hanno una azione sulla pressione intracranica.

Gli AA. hanno avuto agio di studiare l'azione delle soluzioni ipo-ipertoniche in 54 soggetti servendosi della manometria, della misura della tensione retinica, della misura della protrusione cerebrale in caso di trapanazione decompressiva. Cinquanta misurazioni sono state fatte in rapporto alle soluzioni concentrate, 18 alle iniezioni di acqua distillata. La via usata è stata la via venosa, la orale, la rettale: glucosio al 30-40-50 per cento; cloruro sodico dal 2,20 al 30 per cento; solfato di magnesia saturo. Quantità impiegate; di glucosio 20-120 cmc.; di cloruro 10-100 cmc., di magnesio 100 cmc. Le ricerche sono state fatte su soggetti normali, su ipertesi, su ipotesi (liquido c-rach.).

Come normali sono state considerate le pressioni tra 10 e 25. Come patologiche le pressioni superiori a 25 in posizione supina. Esaminando le dettagliate esperienze si nota, come i risultati di Weed e Mac Kilben sono lontani: l'azione delle soluzioni è stata incostante e, se esisteva, quasi sempre passeggera. Le soluzioni ipertoniche agiscono poco nell'uomo a tensione rachidea normale: in media la caduta ottenuta è stata di 4 cm. Negli ipertesi le soluzioni glucosate o saline si mostrano un po' più attive ma sempre

in maniera incostante: si può in genere dire che le soluzioni concentrate provocano una ipotensione da 10 a 12 cm. Le soluzioni glucosate ingerite o iniettate sono meno attive delle soluzioni saline: l'azione è tanto più intensa quanto più è elevato il titolo della soluzione. La via venosa o digestiva, buccale o rettale, dànno luogo ad eguali risultati. Delle soluzioni ipotoniche deve esser preferita l'acqua distillata che bisogna iniettare per lo meno dai 15 ai 20-30 cmc.

L'ipotensione è sembrata esser più durevole allorchè le soluzioni concentrate sono introdotte per via digestiva. L'ipertensione dovuta all'acqua distillata raggiunge il massimo al 25° minuto, ma è essenzialmente passeggera: ripetuta l'iniezione, l'azione può esser più durevole. L'iniezione intravenosa di acqua distillata ripetuta 3-4 volte agisce meglio negli ipotesi delle soluzioni ipertoniche ripetute negli ipertesi. Da notare ancora che non tutti gli individui reagiscono ugualmente alle stesse soluzioni.

La terapia con tali soluzioni ha provocato in una dozzina di casi di anormali pressioni, il miglioramento di alcuni sintomi: cefalea, vomito, vertigini, insonnia. Gli effetti furono buoni e rapidi negli accidenti da puntura lombare nei quali il glucosio o il solfato di soda concentrati, presi per bocca, alleviano la cefalea da ipertensione.

In un caso di tumore cerebrale ed in uno di meningite sierosa migliorarono i sintomi psichici (transitoriamente).

In un solo caso — iniezione ipertonica — si ebbero degli incidenti che obbligarono a sospendere l'iniezione.

Secondo Weed e Mac Kilben le soluzioni iper-ipotoniche, portano a modificazioni della tensione rachidiana facendo aumentare o diminuire il volume del cervello: essi hanno dimostrato che le variazioni della pressione cerebrospinale sono indipendenti dalle pressioni vascolari arterovenose intracraniche. Le modificazioni di volume del cervello sono dovute a fenomeni osmotici: in seguito alle iniezioni di acqua distillata si produce una specie di edema cerebrale con ingrandimento degli spazi pericellulari, le cellule coroidee aumentano di grandezza e mostrano una esagerata elaborazione del liquido c. r., perciò da una parte idratazione ed aumento di volume del cervello, e dall'altra secrezione maggiore di liquor.

Concludendo: il metodo di Weed e Kilben in clinica non modifica sempre la tensione del l. c. r.; se è modificato lo è transitoriamente ed in proporzioni limitate, e spesso dopo iniezioni di soluzioni glucosate si nota ipertensione secondaria. Nei casi di ipotensione consecutivi a puntura lombare o traumi, è da raccomandare l'acqua distillata intravenosa. In certe cefalee ed accidenti consecutivi all'ipertensione da rachicentesi, è utile l'ingestione di soluzioni concentrate.

MONTELEONE.

Radio-diagnosi al lipiodol rachi-midollare e cranio-cerebrale.

(SICARD e HAGUENAU. *Paris Méd.*, n. 5, 1928).

L'A. ricorda come tale metodo di ricerca sia stato proposto da lui e da Forestier fin dal 1922 e come numerosi lavori in Francia e all'estero siano stati fatti sull'argomento. Per quanto riguarda la diagnostica rachi-midollare all'lipiodol fa rilevare come si possa con tale metodo esplorare la cavità ependimale, lo spazio epidurale e la cavità sottoaracnoidea. L'A. non insiste sulla esplorazione della cavità dell'ependimale poichè anche con l'aiuto della chirurgia è impossibile iniettare questa cavità senza gravi probabili lesioni consecutive. Ma se il canale dell'ependima è disteso anormalmente è possibile dopo laminectomia di pungerlo introducendo l'ago nel solco posteriore del midollo e di iniettare qualche goccia di olio iodato. Lo spazio epidurale invece è clinicamente abbordabile come ha dimostrato l'A. fin dal 1901 sia nella via bassa sacro-coccigea sia lungo tutto il rachide. Se si segue la via bassa si esplora lo spazio epidurale dal basso in alto, la puntura sarà praticata classicamente attraverso lo hiatus sacro-coccigeo usando delle precauzioni. Il malato sarà subito situato in posizione molto declive con la testa bassa sollevando le sue estremità inferiori. Questa posizione declive sarà mantenuta per 4 o 5 ore per permettere il passaggio o la fissazione del lipiodol. Se tale periodo di tempo viene sorpassato il lipiodol può riprendere la sua marcia in senso inverso. Il lipiodol sarà iniettato tiepido a 37°-38° gradi per diminuire la viscosità e sarà usato nella dose di 8-10 cmc. Se si segue la via alta lo spazio epidurale viene esaminato dall'alto in basso e si procederà come per una banale puntura rachidea cervicale, dorsale o lombare. Con un po' di abitudine e di pratica si riesce a mantenersi nella cavità extradurale. Per facilitare tale puntura l'A. ha fatto costruire un ago simile per lunghezza a quello della puntura rachidea e con un diametro di 10 decimi di millimetro e con una punta più corta che sia possibile.

La puntura epidurale viene praticata con il soggetto in decubito laterale, con gli arti inferiori estesi e non piegati per evitare una tensione troppo accentuata della duramadre che diminuirebbe lo spazio epidurale. Nel punto scelto per la puntura l'A. pratica l'anestesia locale alla novocaina in superficie e in profondità. Appena si ha la sensazione di arresto dovuta al passaggio attraverso il legamento giallo non si farà procedere l'ago non più di 2-3 cm. circa. Il liquido cefalo-

rachidiano non fuoriesce e allora si è sulla buona via e si iniettano da 3 a 4 cmc. di siero artificiale. Lasciando l'ago in posto viene tolta la siringa. Se si è raggiunta la cavità epidurale il siero artificiale fuoriesce in gran parte a goccie continue. Questo siero clorurato si impregna rapidamente delle proteine del tessuto epidurale come lo dimostra la seguente reazione: se si aggiunge traccie di acido di cloro-acetico a questo liquido di ritorno si avrà un precipitato albuminoso. Avendo così tutte le garanzie di essere nello spazio epidurale si inietta il lipiodol con la dovuta tecnica. Le iniezioni epidurali sono indolori o quasi. Nello stesso giorno si può avere elevazione di temperatura fino a 38° e si può avere la sensazione di contusione nel punto in cui è stata praticata la iniezione.

Le immagini radiologiche all'ipiodol saranno differenti secondo il segmento del rachide in cui sono praticate, secondo la dose iniettata, secondo la temperatura e la durata della posizione declive. Se si pratica tale iniezione per via sacrococcigea (posizione declive, testa bassa) il lipiodol non riscaldato non è dotato di una grande forza di movimenti, esso non passa che in piccola quantità attraverso i forami di coniugazione. Se si segue la via alta in posizione seduta il lipiodol iniettato nelle regioni dorsale superiore o cervicale si espande poco intorno ai forami di coniugazione. È certo quindi che lo espandersi dell'olio iodato nella cavità epidurale sarà tanto più facile e andrà più distante quanto più la soluzione sia forte e la temperatura sia a 37°.

La quantità massima iniettata dagli autori è stata di 12 cmc. È buona pratica qualche giorno dopo la prima iniezione di praticarne una seconda la quale non è impedita punto nel suo progredire dalla prima.

Per quello che si riferisce agli incidenti possibili è opportuno ricordare come tale iniezione sia senza alcun danno e perfettamente indolore. Gli AA. la praticano del resto correntemente non solo a scopo diagnostico ma anche terapeutico, per esempio in caso di sciatica per artrite del forame di coniugazione, di lombalgie e dorsalgie.

La vera critica diagnostica che si può fare all'iniezione epidurale di lipiodol consiste nella imperfezione dei dati che ci può far conoscere circa la malattia. Infatti non è capace di fornirci nozioni esatte sullo stato patologico del midollo in casi di compressione sottodurale o intramidollare. Se il lipiodol viene iniettato in quantità minima, 3-4 cmc. a temperatura non buona con inclinazione insufficiente non ci darà nessun ragguaglio circa la lesione poichè non progredirà sufficientemente.

L'A. passa quindi a studiare il passaggio dell'ipiodol nello spazio sottoaracnoideo. Questo è il metodo di scelta per l'esplorazione delle malattie rachimidollari e consiste nell'introdurre nel liquido rachideo il lipiodol corpo opaco ai raggi X che non provocando nessuna reazione dolorosa o nociva obbedirà per la sua densità alle leggi della gravità. Se il lipiodol rimane nel punto in cui è iniettato non si può formulare alcuna diagnosi. Per quello che si riferisce alla tecnica l'A. prende in esame tre casi.

1) Introduzione di lipiodol per via alta al di sopra della sede presunta della lesione. L'iniezione si fa con una puntura cervicale fra l'atlante e l'asse, in caso di prevedibile lesione della regione dorsale o lombo-sacrale. L'A. ha rinunciato all'iniezione per via occipito atlante poichè ha notato in un caso su 20 che il lipiodol penetrando attraverso la membrana atlante occipitale può localizzarsi dietro la fossa cerebellare rimanendo così la prova inutilizzabile. La puntura fatta uno o due segmenti più in basso non espone mai a tali inconvenienti e la discesa dell'olio si ha nelle migliori condizioni. Gli AA. praticano la puntura cervicale fra la 1ª e la 2ª vertebra in decubito laterale, torace e testa sollevati da appoggi appositi e testa leggermente flessa in avanti. Appena che si è praticata la puntura e si è constatata la fuoriuscita del liquido rachideo si inietta un centimetro e mezzo di lipiodol. Il malato quindi siede normalmente e il lipiodol discende lungo lo spazio sottoaracnoideo senza provocare alcun dolore. Se si raccoglierà nel punto declive sacrale se la via è libera o si fermerà presso l'ostacolo.

La radiografia sarà praticata in posizione verticale o il più radicalmente che sia possibile;

2) Introduzione del lipiodol per via bassa al disotto della sede presunta della lesione con puntura lombo-sacrale, tra la quinta lombare e la prima sacrale essendo il malato in posizione leggermente declive si introduce il lipiodol il quale con quest'angolo di inclinazione percorre lo spazio sottoaracnoideo dal basso all'alto, cioè dalla regione sacrale verso la cervicale;

3) Introduzione del lipiodol ascendendo per via bassa al disotto della sede della lesione. L'A. con Binet ha fatto conoscere che è possibile preparare un lipiodol speciale di densità inferiore a quella del liquido cefalo-rachidiano che è capace quindi di ascendere conservando proprietà sufficienti di opacità. Volendo adoperare il lipiodol ascendente si pratica una puntura lombo-sacrale e si fa una iniezione di 2 cmc. di lipiodol e si pratica la radiografia in posizione verticale. Normalmente il lipiodol ordinario percorre tutto lo spazio sottoaracnoideo senza arresto i quali possono distinguersi in arresti non patologici e patologici. L'esame col lipiodol si deve praticare prima di ogni intervento sul rachide per tumori;

in tutti i dolori persistenti fissi con tendenza alla bilateralità, in tutte le paraplegie di cui non è chiara l'origine.

Il metodo del lipiodol è stato anche applicato nella diagnostica cranio-cerebrale praticando la ventricolografia, la encefalografia arteriosa, la encefalografia dei seni venosi e la radiografia del corpo calloso. Per quello che si riferisce alla ventricolografia essa può praticarsi con metodi diversi e cioè con la trapano-puntura, con la trapano-puntura usando il lipiodol ascendente; e con la puntura per via lombare del lipiodol ascendente. Nella encefalografia arteriosa l'A. ha iniettato nella carotide il lipiodol nella dose di 1 cmc. In alcuni casi ha notato cefalee intense e ritorno di crisi a tipo jaksoniane. Nella encefalografia dei seni venosi si pratica l'iniezione del lipiodol nel seno della duramadre, basta praticare una breccia della grandezza di un pezzo da 50 centesimi sia a livello del seno longitudinale sia in corrispondenza della protuberanza occipitale nella dose di 5 cmc., l'iniezione è bene sopportata e determina un piccolo attacco di tosse nel momento in cui la sostanza oleosa passa nei capillari polmonari: conclude affermando che quantunque queste ricerche abbiano ben poco valore per la diagnosi è sempre alla clinica che dobbiamo fare appello per localizzare i tumori cerebrali senza troppo fidarci dei risultati delle radiografie fatte con questi metodi che spesso danno risultati incerti. T. LAURENTI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

G. VERNONI. *Il cancro e i possibili mezzi per combatterlo.* Un op. in-8°, di 44 pag. Ed. Lega It. per la lotta contro il cancro, Roma, 1928. Prezzo L. 2.

In questo opuscolo di propaganda, l'A. espone con chiarezza e semplicità le nostre conoscenze sulla natura dei tumori, sui fattori causali del cancro, sulla sua patogenesi e cura, insistendo opportunamente sulle manifestazioni iniziali e sulla diagnosi precoce.

L'utile lavoro fa parte delle numerose pubblicazioni della Lega italiana per la lotta contro il cancro. *fil.*

HEIDENHAIN. *Ueber das Problem der bösartigen Geschwülste.* Prezzo R. M. 28.

Edito da Springer di Berlino è apparso un volume di Heidenhain ove al testo piuttosto conciso sono accompagnate 141 figure tratte da osservazioni istologiche di ricerche sperimentali. L'A. che è un sostenitore della teoria infettiva dei tumori espone i suoi risultati ottenuti con l'uso di prodotti di autolisi di neoplasmi umani, che iniettati nei muscoli del topo sono capaci di produrre indifferentemente carcinomi o sarcomi in svariate parti del corpo come per esempio sarcomi da autolizzato di carcinomi della mammella, del retto, di osteocondrosarcoma del femore, carcinomi da autolizzato di cancro ulcerato della cute, di sarcoma osteoide, carcinoma e sarcoma del pancreas da autolizzato di melanosarcoma. I risultati positivi sarebbero in una altissima percentuale tanto da escludere assolutamente l'ipotesi di tumori primitivi.

In base ai suoi esperimenti l'A. crede che l'agente si diffonda in forma quasi embolica e produca il sarcoma o il carcinoma a seconda che si fissi nel tessuto connettivo o nell'epiteliale.

L'A. chiude il suo scritto nel quale ricorda anche i tumori da stimoli chimici, con due ammonimenti: attenzione nelle sale di operazione e attenzione ai portatori di cancri ulcerati senza volere con ciò, aggiunge, allarmare il pubblico!

R. BRANCATI.

REGAUD. *Quels moyens avons-nous d'éviter la mort par le cancer?* Pag. 67. Maloine ed., Parigi. Fr. 6.

L'A. studia in questo opuscolo i mezzi che possediamo per evitare la morte per cancro trattando sommariamente una parte di questo problema. Essendo l'etiologia ancora incerta l'A. non può indicare una via per l'applicazione di precetti profilattici pur ricordando quanto si conosce riguardo alla influenza delle irritazioni prolungate.

Ricorda il trattamento chimico con tossine, con piombo; quello chirurgico di cui riporta alcuni risultati in vari organi e quello radioterapico con le condizioni per l'efficacia, i limiti, la tecnica e qualche risultato in diverse sedi. In ultimo mette in evidenza l'importanza della diagnosi precoce.

R. BRANCATI.

Come si combatte la tubercolosi nel Comune e nella Provincia di Milano. Un vol. in-8°, di 729 pag. con numerose fig. e tav. Milano 1927.

L'ampio volume, offerto in dono al secondo Congresso per la lotta contro la tubercolosi (Milano ott. 1927) mostra con quali e quanti mezzi si può combattere la tubercolosi in una città che non è soltanto ricca, ma è altresì piena di nobili iniziative e sa dirigere la sua fervida attività anche verso gli scopi elevati della difesa sociale.

Nella prima parte, si descrive il modo con cui si svolge la lotta antitubercolare nel comune e nella provincia; larga parte è fatta al funzionamento dei dispensari e dei 5 sanatori, di cui due di tipo popolare; vengono poi considerati le cliniche, gli ospedali, gli istituti speciali.

La seconda parte è dedicata alle numerose opere

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

per la difesa della maternità, dell'infanzia e dell'adolescenza. La terza alla lotta nell'industria che, per una città industriale come Milano, riveste particolare importanza e mostra quanto bene possano fare al Paese degli industriali illuminati quali i Breda, i Pirelli ed altri, esempio dei criteri direttivi della beneficenza secondo gli odierni concetti.

La pubblicazione va consigliata a chiunque si occupi della lotta antitubercolare. *fil*

G. RONGA. *La lebbra*. Padova, Tip. Seminari, 1928.

È una diligente monografia sulle conoscenze attuali intorno alla lebbra.

Alle interessanti notizie storiche, segue un esame della diffusione della malattia. Anche l'Italia offre il suo contributo statistico e i resultati della minuta ricerca in ogni regione inducono a domandarsi se non sia tempo che rimedi moderni profilattici umani e pronti siano escogitati e applicati anche in Italia.

Alle nozioni bacteriologiche, alle conoscenze sperimentali l'A. porta un contributo personale con tentativi di cultura e di riproduzione in animali della malattia. Essi confermano e l'impossibilità, finora almeno, di ottenere culture in successivi passaggi e la trasmissione sperimentale. Chiude l'utile volumetto una rivista sui mezzi terapeutici, che non sono purtroppo allo stato attuale incoraggianti.

T. PONTANO.

E. FAMBRI. *La difesa dal tracoma*. In-8°, di 20 pag., con molte figure ed una tav. colorata. Tip. Sallustiana, Roma, 1928.

In questo opuscolo, edito a cura della Cassa Nazionale di Assicurazioni sociali, la d.ssa Fambri espone con stile semplice e chiaro il modo di trasmissione, le conseguenze e la diffusione di questa malattia, che affligge ancora molte persone in diverse nostre provincie.

Dà poi i mezzi semplici di profilassi ed indica come si debbono contenere i malati per la cura, indicando quanto bene portino gli ambulatori antitracomatosi, di cui già una ventina ne sono stati istituiti dalla Cassa di Assicurazioni sociali ed altri se ne istituiranno. Nei detti ambulatori, si sono fatte negli ultimi sei mesi 109.000 visite di 20.000 malati.

La tavola colorata riproduce le lesioni della congiuntivite e della blefarite tracomatosa; le figure, atte per la propaganda, illustrano la vita del tracomatoso, la profilassi, ecc. È bene che questo opuscolo abbia la più larga diffusione, per portare a conoscenza del popolo la necessità e l'utilità di curarsi di questa malattia, che deve scomparire dal nostro elenco nosologico.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica Bellunese.

Seduta del 5 novembre 1928.

Presidenza: Dott. G. GAGGIA, vicepresidente

Sul cosidetto " foruncolo del rene ,,.

Dott. D. BOSMIN. — Caso clinico verificatosi in una donna che aveva sofferto di foruncolosi cutanea. La nefrectomia condusse a guarigione.

Ancora malefizi del diverticolo di Meckel.

Dott. L. AGNOLI. — Un uomo di 27 anni soffriva da tre mesi di dolori addominali ricorrenti a tipo colico. L'intervento in una crisi dimostrò che il diverticolo, aderente al peritoneo parietale coll'apice, formava una briglia su cui si era strozzato il tenue. Diverticolectomia. Guarigione.

Sifilide del fegato trattata chirurgicamente.

Dott. U. TANFERNA. — Si trattava di un sifiloma gommoso del lobo sinistro del fegato provocante vivi dolori, in un giovane di 27 anni. Il chirurgo (prof. Pieri) resecò il segmento epatico malato (peso grammi 180). Seguì guarigione.

Gli innesti cutanei alla Alglave.

Prof. G. PIERI. — Recentemente Alglave ha proposto col nome di *greffes en godet* un tipo di innesto cutaneo consistente nel prelevare colla pinza e la forbice lembetti di pelle che si trapiantano a mosaico sotto lo strato di granulazioni della superficie da innestare.

L'O. ha eseguito questo tipo di innesto in 4 malati che presenta all'Assemblea, e conclude che esso è molto superiore agli usuali innesti alla Thiersch in due circostanze:

1) quando la superficie granulante da innestare corrisponda a un piano osseo;

2) quando essa corrisponda a una plica cutanea articolare.

Ascessi polmonari.

Dott. E. CHANTEL. — L'O. illustra alcuni casi di ascessi polmonari seguiti radiologicamente, concludendo che non vi è sempre un parallelismo tra evoluzione clinica e aspetti radiologici successivi. Di solito l'estendersi della opacità del focolaio ascessuale è sintomo che si accompagna a un miglioramento clinico (reazione di difesa del polmone sano), ma nelle forme cangrenose esso non è invece indice favorevole.

Tumori polmonari simulanti la tubercolosi.

Dott. I. GIACOBBI. — In ambedue i casi la sindrome clinica parlava per una tubercolosi polmonare, mentre il decorso successivo dimostrò trattarsi di tumori maligni. Tale errore di diagnosi non è raro, ma esso sarebbe certamente evitato se in tutti i casi, in cui sorga il dubbio di una tubercolosi polmonare si praticasse un immediato esame radioscopico.

Il Segretario: G. LOCATELLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Ipertensione, malattie del ricambio e sistema endocrino - vegetativo.

Waldorp (*La Semaña medica*, 1928, 12 luglio) ha studiato i rapporti esistenti tra l'ipertensione arteriosa primitiva o essenziale, le malattie della nutrizione generale ed i disordini del sistema endocrino-vegetativo.

I rapporti tra ipertensione e diabete vanno sempre più chiarendosi: la coesistenza delle due condizioni è estremamente frequente e tutt'altro che occasionale. In effetti negli ipertesi anche non glicosurici si riscontrano disordini diversi del metabolismo dell'idrogeno e del carbonio ed una glicemia alimentare molto accentuata. (I rapporti tra diabete e ipertensione e sopratutto il comportamento della glicemia negli ipertesi sono stati ben fissati recentemente anche da Wiechmann. *N. d. R.*).

D'altra parte negli individui ipertesi, che presentano obesità, prurito, foruncolosi, cataratta, lesioni del fondo dell'occhio a tipo artero-capillare, le alterazioni del metabolismo dell'idrogeno e del carbonio si presentano analoghe a quelle del diabete.

Negli ipertesi la calcemia è bassa mentre il rapporto potassio-calcio è elevato: nei diabetici ipertesi la potassiemia è alta.

Questi fatti deporrebbero per un particolare stato del simpatico, una simpatosi, che agirebbe sulle surrenali esagerandone la funzione con il conseguente aumento della pressione vasale e della glicemia.

Si avrebbe così una condizione affatto opposta a quella che si verifica nell'addisonismo, nel quale si riscontrano ipotensione ed ipoglicemia.

L'esagerata attività delle surrenali provoca un aumento della pressione arteriosa e contrasta la attività insulinica, e viceversa.

Ma l'ipertensione può essere legata anche a cause diverse di origine oscura, ed in questo caso i disturbi del ricambio del glucosio, come l'ipertensione stessa, non sarebbero legati alla iperfunzione surrenale. Questa considerazione darebbe ragione del fatto che nei diabetici ipertesi non sempre è presente l'iperadrenalinemia.

D'altra parte nell'ipertensione, come si è detto, si riscontra l'ipocalcemia che attraverso l'eccitazione del sistema simpatico può provocare l'iperglicemia.

Senza dire che le lesioni vasali, legate all'ipertensione, e più specialmente la sclerosi dei vasi del pancreas possono provocare un'alterazione più o meno diffusa e più o meno accentuata delle isole di Langerhans, donde l'ipofunzione di queste ultime e l'iperglicemia.

Dr.

La genesi dell'arteriosclerosi.

Molti autori considerano oggidì le chiazze di degenerazione grassa dell'intima arteriosa come uno stadio iniziale dell'arteriosclerosi. Queste vedute avrebbero trovato base sull'indagine sperimentale dell'ateroma da colesterina.

Beitzkl (*Virchow's Archiv*, n. 3, marzo 1928) combatte strenuamente questa opinione. Egli ritiene che quecte chiazze di degenerazione grassa possano sparire senza lasciare tracce, e che ad ogni modo non abbiano nulla a che vedere con l'arteriosclerosi. La lesione primaria della quale risiede invece nell'apparecchio elastico. Sono le lesioni delle fibre elastiche della media, e della tunica elastica interna che scatenano l'ispessimento dell'endoarteria e la infiltrazione lipoidica consecutiva.

L. Tonelli.

CASISTICA.

L'otosclerosi.

L'otite sclerosa è quella forma che si osserva nei malati sordi, perseguitati da ronzii e, talvolta, da vertigini. Se ne distinguono due forme, primitiva (che rispetta l'orecchio medio ed il timpano) e secondaria (conseguenza di otiti medie catarrali croniche), che è evitabile e suscettibile di qualche miglioramento. Ha inizio talora dall'infanzia, o nella giovinezza specialmente nelle ragazze e donne dai 20 ai 30 anni.

Raick (*Archives méd. belges*, sett. 1928) attribuisce quella maggiore frequenza alla congestione portata dalle mestruazioni ed ai disturbi dati dalla gravidanza e dall'allattamento.

L'inizio rimane inavvertito quando è preso un solo orecchio, mentre il deficit si fa evidente quando sono presi ambedue. La lesione iniziale consiste in osteite del labirinto, con anchilosi della staffa ed alterazioni del labirinto membranoso. Si ha dapprima un'alterazione connettiva della capsula labirintica, poi la neoformazione ossea proliferante, che invade la finestra ovale, la quale è totalmente invasa da una massa ossea, che ingloba e fissa la staffa; la neoformazione si estende poi alla chiocciola. Trattasi quindi di una lesione dell'apparecchio di trasmissione, che stabilisce le comunicazioni fra orecchio interno e medio.

Una volta stabilitasi, l'otosclerosi si manifesta con i noti sintomi: sordità, ronzii, vertigini. La sordità, dapprima ipoacusia, è progressiva, con fenomeni di paracusia patognomonici dell'anchilosi degli ossicini: il sordo sente meglio fra i rumori che nel silenzio.

I ronzii, con tutte le varietà di acufeni, fischi, canti di uccelli, ecc. sono tenaci e frequenti, coprono il rimanente dell'udito e snervano il malato; sono talora più sentiti nel decubito (congestione dell'orecchio) ed invece minori quando si ha un'emozione. Le vertigini, più rare, indicano degli attacchi congestivi del labirinto; raramente sono accompagnate da vomito.

L'esame del timpano può presentare lesioni variabili; esso si presenta di solito biancastro, opaco; con scomparsa del triangolo luminoso.

L'eziologia ne è assai incerta; si deve escludere presumibilmente l'eredosifilide; si è affermata l'importanza delle autointossicazioni, specialmente dell'insufficienza renale od epatica; sembra che si tratti, in complesso, di un disturbo trofico dovuto ad uno stato generale artritico o gottoso.

La terapia è sconfortante. Si escluderà ogni terapia chirurgica e si andrà molto cauti col cateterismo tubario, che può essere utile soltanto quando il catarro tubario si aggiunga alla sclerosi. Il trattamento sarà piuttosto palliativo. L'A. consiglia di agire sull'intestino, il fegato, sui reni col regime vegetariano, i fermenti lattici (*sic*), i rimedî colagoghi e diuretici. Si potranno permettere gli esercizi sportivi moderati. Se la pressione arteriosa è elevata, potranno essere utili gli ipotensivi. Gli apparecchi acustici sono tuttora troppo rudimentali, ma potranno dare qualche utilità. Contro i ronzii, i bromuri sembrano i più efficaci. *fil.*

La sordità progressiva per sclerosi tubo-timpanica.

Come osservano E. Feuillié e L. Ruaud (rif. in *Journ. des praticiens*, 15 dic. 1928) la sifilide è stata trovata nel 70 % di tutti i sordi progressivi; essa può quindi essere spesso invocata, almeno nei giovani, come causa della sordità progressiva, che deriva da uno stato scleroso della membrana timpanica e può risultare da un'otite cicatriziale. Generalmente tali malati presentano segni clinici difficilmente differenziabili dalle consuete otiti sclerose banali: timpano inspessito e grigiastro, mobilità minore che di norma, cercine tubario diminuito di spessore e giallastro, di aspetto liscio e nettamente sclerosato; fossetta di Rosenmuller quasi sempre con briglie fibrose.

L'esplorazione della tromba, con la soffieria o la sonda di Itard, dà talora un soffio debole, con caratteristiche indicanti un restringimento tubario; altre volte, al contrario, si ha un soffio forte e secco, come pergamenaceo, che sembra indicare una marcata permeabilità della tromba, specialmente nelle sclerosi antiche.

Dal punto di vista terapeutico, tenuto conto della grande frequenza di sifilide in questi individui, si ricorrerà alla cura specifica, la quale ha tanto maggiori probabilità di riuscita, quanto più presto è iniziata.

Gli AA. sconsigliano l'arsenico ed usano invece il mercurio od i sali di bismuto a piccole dosi. Una serie di 12 iniezioni, da ricominciare dopo due mesi di riposo; verso l'ottava o la decima il malato incomincia a star meglio. Due volte alla settimana, si farà una derivazione intestinale (calomelano, aloe, cascara); i primi quattro giorni della settimana, si darà dell'estratto tiroideo.

Non si devono naturalmente trascurare le manovre dirette: cateterismo, rieducazione, massaggi, ecc. Il fatto che esse siano spesso inefficaci se fatte da sole e riescano invece utili quando sono associate al trattamento specifico dimostra la grande importanza di questo. *fil.*

La neurolabirintite luetica.

Le lesioni dell'orecchio interno dipendenti da lue, si presentano di regola alla fine del 2° o al 3° periodo della lue.

In generale in queste forme si trovano processi di sclerosi labirintica; si ha poscia sordità, ronzii, vertigini.

La sordità essendo progressiva, va curata, per evitare danni maggiori.

Sappiamo che la lue può attaccare anche il nervo vestibolare e cocleare; può anche produrre lesioni dell'apparecchio vestibolo-cerebellare.

Le lesioni cocleari costituiscono la sindrome otolitica: ipoacusia marcata, diminuita percezione ossea, presenza del segno di Rinne.

La caratteristica di queste lesioni è l'inizio brusco e l'evoluzione progressiva. In tali casi è consigliabile l'esame del liquor, e come terapia la mercurio-arsenico-jodurata.

(Errecart: *Rev. Med. Latino-Am.*, n. 150, 1928).

CARUSI.

TERAPIA.

Trattamento dell'ulcera gastroduodenale con dosi massive di alcalini.

Il trattamento dell'ulcera gastro-duodenale spesso è pieno di difficoltà: a volte infatti i risultati della cura medica non sono affatto soddisfacenti, come pure se l'intervento chirurgico è eccellente in alcuni casi, altre volte gli infermi, dopo l'operazione, si trovano in condizioni peggiori di prima.

Nella maggioranza dei casi, Mac Lean (*British*

Medical Journal, n. 3510, 1928) crede che deve essere istituito il trattamento con grandi dosi di alcalini; queste sostanze con la loro azione migliorano notevolmente la sintomatologia gastrica. L'A. dopo numerose esperienze ha potuto vedere che con grandi dosi di alcalini si possono avere negli ulcerosi notevoli risultati, con diminuzione considerevole del numero dei casi da consegnare al chirurgo.

Si è obiettato contro tale trattamento che gli alcalini in grande quantità impediscano la digestione gastrica, ma se si somministrano a questi infermi alimenti molto triturati, essi possono fare a meno di questa digestione.

Gli alcalini adoperati furono il bicarbonato di sodio, il carbonato di magnesia e il carbonato calcico. Il primo è molto solubile ed eccellente neutralizzante; ha però lo svantaggio che tende a produrre un aumento secondario dell'acido, per cui si deve associare ad altri corpi meno solubili, come la magnesia ed il carbonato calcico; il carbonato di bismuto ha un potere neutralizzante molto inferiore, ma è molto indicato nei casi nei quali esiste diarrea.

L'A. propone per il trattamento il seguente schema: durante la prima settimana l'alimentazione sarà a base di latte, somministrato ogni due ore, e subito dopo da una cucchiaiata della miscela alcalina descritta. Nella seconda settimana, specie se il paziente già migliora, si aggiungeranno uova e burro, con somministrazione di alcalini 6 volte al giorno; infine nella terza settimana gli alcalini saranno ridotti a 3-4 volte al giorno, mentre l'alimentazione sarà costituita da creme, cereali, pesce bianco, piccole quantità di patate.

Anche dopo la scomparsa dei sintomi, gli alcalini, alla dose di 2-3 cucchiai al giorno, dovranno continuare ad essere somministrati per 8-10 settimane. L'A. dice di avere avuto con tale trattamento la guarigione nella maggioranza dei casi trattati, senza mai aver notato disturbi renali per l'eccessivo trattamento alcalino.

A. POZZI.

La sonda duodenale nella pratica corrente.

F. Pinero (*Rev. españ. de med. y cirugia*, ott. 1928) osserva che l'uso della sonda duodenale non si è ancora abbastanza generalizzato nella pratica corrente, mentre essa riesce di facile applicazione e molto utile.

Una delle più comuni applicazioni è quella che si fa per gli individui con ulcera gastrica o duodenale. Prima dell'introduzione, si deve segnare il punto, che dista 70 centimetri dall'estremo olivare. Si mette il paziente in decubito laterale destro e si introduce la sonda, facendogli poi bere delle piccole sorsate di acqua alcalina, che facilita il procedere della sonda. Per assicurarsi se la sonda sia ancora nello stomaco od abbia oltrepassato il piloro, si introduce dell'aria per mezzo di una siringa da 20 cmc.; in tal modo ci si assicura che la sonda non è ostruita e si estrae poi un poco di liquido per aspirazione; se esso è incoloro o solo leggermente colorato, si continua l'introduzione, ripetendo poi l'estrazione del liquido. Se la sonda tarda a passare il piloro, se ne può facilitare l'avanzamento iniettando per la siringa 25 cmc. della emulsione seguente leggermente riscaldata: olio di mandorle dolci g. 20; gomma arabica g. 10; acqua distillata q. b. per 200 cmc. Dopo una diecina di minuti, la sonda acquista un movimento serpentino ed oltrepassa il piloro.

Attraverso la sonda, si pratica l'alimentazione del malato, con cibi liquidi: latte, uova sbattute, zucchero, purè passati (di patate, ecc.) molto liquidi, terminando con la somministrazione di tè chiaro o di acqua, per mantenere sempre sgombro il lume della sonda. In tal modo, lasciando in riposo lo stomaco, l'ulcera guarisce.

Molto utile riesce la sonda nella cura della ritenzione biliare da catarri delle vie biliari, itterizia catarrale, calcolosi biliare, colecistite, introducendo 100 cmc. di soluzione al 25 % di solfato di magnesio.

Schmidt ha inoltre raccomandato l'iniezione di ossigeno con la sonda duodenale, nel trattamento dei catarri intestinali ribelli; se ne immette mezzo litro in un quarto d'ora.

L'A. ha trovato altresì molto utile l'introduzione, con questo mezzo, di tenifughi (3 g. di estratto etereo di felce maschio con 6 g. di estratto di corteccia di melograno, insieme a 50 cmc. di infuso di senna). In un tempo variabile da un quarto d'ora a 5 ore (in media 2 ore) si ha l'espulsione della tenia. *fil.*

Il trattamento dei vomiti acetonemici nell'infanzia.

In periodo di crisi. Tenere il bambino all'oscuro, evitare di prescrivere il digiuno, che aggraverebbe l'acetonemia. Eliminata la possibilità di appendicite, dare dell'acqua; degli alcalini, dello zucchero (ogni mezz'ora, 3-4 cucchiai di acqua molto zuccherata, ghiacciata, o del latte tagliato). Applicazione di compresse umide sullo stomaco, clisteri di acqua calda 2 volte al giorno. E' anche consigliabile un goccia-goccia rettale con glucosio (47 g. in 1000 di acqua) o con cloruro di sodio (5 g. con 5-20 di bicarbonato di sodio in 1000 di acqua). Ogni 3 ore 150-300 cmc.

Dare per via orale: magnesia cg. 20 o bicarbonato di sodio cg. 20-50 ogni mezz'ora in acqua

zuccherata. Astenersi dai purganti e dai calmanti. Se malgrado tale terapia, la crisi si prolunga, iniettare sottocute 25-100 cmc. della soluzione glucosata isotonica; qualche autore ha ottenuto buoni effetti con l'iniezione di estratto pancreatico, che però è dolorosa; anche l'adrenalina darebbe buoni risultati.

Contro l'agitazione, si prescriverà l'applicazione di compresse fredde sulla testa e degli impacchi in lenzuola bagnate, tiepide. Contro la depressione, iniezioni di olio canforato, di siero all'adrenalina.

Passata la crisi, si potrà dare qualche cucchiaio di tisana di cereali, poi progressivamente brodo vegetale, brodo di pollo; il latte non sarà ripreso che quando l'intolleranza gastrica sara del tutto scomparsa.

Trattamento preventivo. Tenere il bambino a regime di preferenza vegetariano e di frutta; per il poppante, iniziare al più presto lo svezzamento introducendo le farine nell'alimentazione. Sopprimere le uova ed evitare più che possibile i grassi, le fritture, le salse, i pasticcini alla crema, il cervello, ecc.

Membrat e Rouèche (*Journ. de méd. de Paris*, 4 ott. 1928), sull'autorità di Marfan, consigliano delle cure alcaline intermittenti. Per 10 giorni consecutivi, prendere mezz'ora prima dei pasti una cartina con 30 cg. di solfato e 20 di bicarbonato di sodio, sciolti in 30 cmc. di acqua; oppure 50 cmc. leggermente scaldati di una soluzione con: solfato di sodio g. 8, fosfato di sodio g. 6, bicarbonato di sodio g. 4, bromuro di sodio g. 3, in un litro di acqua distillata. J. Rénault consiglia, per 8 giorni, un purgante salino (solfato di sodio g. 5, solfato di magnesia g. 4, fosfato di sodio g. 3) ed alla fine di ogni pasto, per 8 giorni, una cartina con pancreatina, papaina, maltina, ana cg. 5; e, per altri 8 giorni, una cartina con lattosio, benzonaftol, betol, ana cg. 10.

fil.

Il metodo di Weill nella cura dei vomiti abituali dei poppanti.

Questa malattia è caratterizzata da vomiti, che si iniziano poco tempo dopo la nascita, si ripetono ad ogni poppata, in un tempo più o meno vicino ad essa, preceduti talora da malessere, che può arrivare ad una specie di lipotimia, si accompagnano a stipsi od a deiezioni numerose, per lo più di feci normali o leggermente dispeptiche; il bambino è agitato, ha insonnia, smania, la curva del peso declina. Tutte queste manifestazioni non sono giustificate da errori dietetici nè da cattiva qualità del latte.

La malattia sarebbe l'espressione di manifestazioni anafilattiche, generali o locali, determinate, queste ultime, dal contatto del latte con la mucosa gastrica precedentemente sensibilizzata. In omaggio a tali vedute, viene consigliata la desensibilizzazione col metodo di Weill, cioè con l'iniezione di latte materno sterilizzato.

Ci si deve anzitutto assicurare della buona qualità del latte e, con la doppia pesata, della quantità che il bambino ingerisce ad ogni poppata. Si farà poi precedere un adatto regime dietetico e medicamentoso (regolarizzazione delle poppate, preceduta da brevi diete idriche e da somministrazione di latte materno a dosi crescenti, piccole poppate a brevi intervalli, accompagnate qualche volta da somministrazione di farine diastasate, di citrato di sodio, acqua di calce, acqua di Sangemini, con tracce di bicarbonato di sodio).

Esauriti inutilmente questi tentativi, si ricorrerà alle iniezioni di latte materno, raccolto con le più scrupolose cautele asettiche e sterilizzato subito con l'esposizione a 100° per 10'. Con lo stesso latte, si procederà all'intradermoreazione, la quale darà risultati positivi nel caso si tratti di disturbi anafilattici.

In 5 casi di tale malattia, G. Zangri (*Clinica e Igiene infantile*, nov. 1928) ha determinato con tale metodo una rapida guarigione, di solito, alla seconda-terza iniezione (di 1-2, fino a 5 cmc., a dosi crescenti, per lo più a giorni alterni). In un altro caso, invece, non si ebbe alcun risultato, ma si trattava di un bambino sospetto di lues ereditaria. Nessun nesso si potè osservare fra intensità della intradermoreazione e l'efficacia delle iniezioni di latte.

fil.

La sensazione di "bruciore" continuo gastrico ed esofageo: suo trattamento.

G. Durand (*Journ. de méd. de Paris*, 27 sett. 1928) fa notare che, oltre alla nota sensazione di « bruciore » gastro-esofageo parossistico, si osservano, meno frequentemente, dei casi in cui tale sensazione è continua e rappresenta il fenomeno morboso preponderante od unico. La sua origine non va riferita all'ipercloridria, sebbene gli alcalini abbiano azione sedativa. Si tratta di sensazioni analoghe a quelle accusate al colon da individui con colite secca, senza ipersecrezione mucosa; forse è da incriminarne la nevrite del plessi parietale, dell'intestino in un caso, dello stomaco ed esofago nell'altro. Ad ogni modo, le cause ed il meccanismo patogenetico sono diversi nei diversi casi.

Nel trattamento, è anzitutto indispensabile calmare l'iperestesia generale, ricorrendo ai bromuri, valeriana, ecc. a dosi però non elevate, ma medie. Si eliminerà ogni causa di sovraffaticamento e si prescriverà l'idroterapia sedativa. Eventualmente, in presenza di qualche perturbazione endocrina, si prescriverà l'adatta cura.

Le polveri inerti (bismuto, caolino, idrato di allumina) possono essere utili a condizione di mantenere le mucose digerenti quasi sempre sotto la loro azione. Si daranno, a cucchiaini od a mezzi cucchiaini, mezz'ora prima od un'ora dopo i pasti e verso la metà del pomeriggio. Utili sembrano l'olio di oliva (nelle stesse condizioni di tempo) ed il carbone atropinato; nonchè la medicazione topica con nitrato d'argento, ogni due giorni, per due settimane (in soluzione a 0,15 per mille, od in pillole da un cg., 3 al giorno mezz'ora prima dei pasti).

Non vi è indicazione di nessun regime speciale. Soltanto nei casi in cui esista forte ipercloridria, si darà il regime declorurato, da continuarsi per almeno quattro settimane. *fil.*

Nuova cura della dissenteria amebica.

Willner (*Journa. . Trop. Med.*, ag. 1928) è di opinione che la nuova cura della dissenteria amebica (Yatren, Stovarsol, Treparsol) siano superiori al trattamento emetinico, anche perchè parecchi casi, resistenti all'emetina, cedono facilmente ad uno dei suddetti preparati. D'altra parte questi nuovi rimedi oltre ad essere meno tossici, sono più volentieri presi dai pazienti. Ad ogni modo l'A. ritiene che la migliore cura sia quella mista e cioè: auremetina, bismuto e stovarsol; nell'insieme è la meno tossica e può essere fatta per lungo tempo. MOOR.

NOTE DI TECNICA MEDICA.

Il dosaggio dell'acido urico nell'urina.

M. Boza (rif. in *Rev. españ. de med. y cirugia*, luglio 1928) ha sperimentato, con risultati favorevoli, un metodo semplice per il dosamento dell'acido urico nell'urina.

Si opera con un piccolo tubo chiuso con tappo smerigliato (potrebbe servire un piccolo pesafiltri), che eventualmente può sostituirsi con una provetta chiusa con tappo di gomma. Si introduce 1 cmc. di soluzione di jodio decinormale e poi dell'urina, che si fa colare da una buretta a piccole porzioni, agitando fortemente dopo ogni aggiunta. Quando si è giunti presso alla fine della reazione, si aggiungono alcune gocce di salda d'amido, di recente preparazione e si continua aggiungendo l'urina fino a completa decolorazione. Si fanno poi i calcoli tenendo presente che 1 cmc. di iodio N/10 corrisponde a g. 0,0084 di acido urico.

Per facilitare i calcoli, l'A. consiglia di usare una soluzione empirica di jodio, che contiene g. 3,78 per litro di cui si usano 2 cmc. In tal modo, basta dividere per 5 i cmc. di urina aggiunti, per ottenere direttamente la quantità di acido urico per litro. Invece di salda d'amido, si può usare come indicatore il solfuro di carbonio.

Se l'urina ha reazione neutra od anfotera, va acidificata con acido acetico; se contiene albumina, questa va allontanata con la coagulazione, riportando poi a volume; se contiene acetone, ne va liberata facendola bollire e riportando poi a volume. *fil.*

Una reazione semplice per la ricerca dei nitriti nell'urina.

L. Popper e S. Weiss (*Wiener Klinische Woch.*, luglio 1928), osservano che adoperando la benzidina per la ricerca del sangue, un certo numero di urine mostrano un comportamento caratteristico. Mentre normalmente l'aggiunta dell'acqua ossigenata alla carta bagnata con benzidina acetica produce un precipitato di solfato di benzidina bianco di lucentezza serica, in un certo numero di casi compare una colorazione rosso-arancione più o meno intensa. Ricerche sistematiche eseguite per chiarire questo singolare comportamento hanno dimostrato che in tutti questi casi si tratta di urine contenenti nitriti. Le ricerche hanno anche dimostrato che la intensità della colorazione è strettamente proporzionale alla quantità di nitriti presenti.

La reazione è meno sensibile di quella eseguita con l'acido solfoanil-α-naftilaminico di Griess, ma la sua sensibilità è sufficiente in pratica e non è limitata dalla colorazione dell'urina.

L'intensità della colorazione è inoltre indipendente dalla concentrazione della benzidina, circostanza questa importante perchè la soluzione acetica di benzidina di fresco preparata non ha una concentrazione constante.

Gli AA. in numerose urine con reazione di Griess positiva hanno in ogni caso trovato positiva anche la reazione con la benzidina. L'esistenza di sostanze coloranti patologiche non disturba la reazione.

Solo in urine contenenti grande quantità di bilirubina, la colorazione rosso-arancione, mescolandosi con il verde della biliverdina che si forma per azione dell'acido acetico, viene in parte coperta. Fra le sostanze coloranti che passano nelle urine, i derivati dell'antrachinone danno con il reagente una colorazione gialla, che è difficile a differenziare dalla colorazione rosso-arancione, specialmente se esistono solo piccolissime quantità di nitriti.

È infine da notare che la reazione positiva dei nitriti non disturba la eventuale dimostrazione del sangue.

La reazione per la sua semplicità e per il fatto che non complica in alcun modo il corso della analisi delle urine merita di essere conosciuta e diffusa. TOSCANO.

VARIA.

La stazione eretta.

Uno dei fatti più interessanti dell'anatomia e della fisiologia umana è costituito dalla stazione eretta. E' questa una delle caratteristiche che distingue l'uomo dagli altri mammiferi. Solo alcune scimmie, e precisamente le ortogradi, hanno come l'uomo la capacità di assumere la stazione eretta. E fu questo uno dei fatti per i quali Lamarck e Darwin sostennero la parentela dell'uomo con la scimmia.

Come è noto, le teorie dell'evoluzione di Lamarck e di Darwin coincidono nella ipotesi che l'uomo derivi dalle scimmie antropoidi e che nel corso dell'evoluzione la posizione antropoide sia divenuta umana; che la trasformazione dalla stazione planigrada a quella ortograda sia stata determinata dalla modificazione del modo di vivere, da terrestre ad arboreo; che le abitudini o le funzioni acquistate da una generazione possono essere ereditate dalle generazioni successive.

Per quel che riguarda la trasformazione della posizione i vari gradi della scala evolutiva non sono stati ben precisati.

Tuttavia i resti fossili dell'uomo finora scoperti danno sufficienti indizi per l'accertamento approssimativo dell'epoca, della maniera e del luogo della modificazione. Il Pithecantropus erectus, un tipo di uomo ricostruito su alcune ossa fossili e che aveva sicuramente la stazione e l'andatura eretta, fa ritenere dal terreno di ritrovamento che esso era dell'epoca pleistocenica o della fine della pleocenica.

Ulteriori scoperte di ossa di tipi umani estinti farebbero ritenere che gli adattamenti necessari per il mantenimento eretto della testa sul collo sono acquisizioni più tardive di quelle che riguardano le trasformazioni degli arti inferiori.

Anche nella stessa specie umana la stazione non è sempre stata così tipicamente eretta come nell'uomo attuale. Nell'uomo fossile di Neanderthal (anche esso del periodo pleistocenico) le ossa del piede, della gamba, della coscia rassomigliano più a quelle del gorilla che a quelle dell'uomo moderno.

È certo, per altro, che la trasformazione della posizione pronogradica in quella ortogradica non si è iniziata e svolta tutta nella specie umana.

La stazione eretta s'incontra accennata nella famiglia degli Hylobates, le scimmie antropoidi più primitive. E non par dubbio che queste prime manifestazioni della stazione ortogradica siano state determinate da necessità di adattamento. Già il modo di slanciarsi da un albero all'altro differisce da quello delle altre scimmie. Le ilobati usano le loro lunghe braccia come mezzo di propulsione e di sostegno; saltano sulle loro braccia; mentre gli arti inferiori sono adoperati come mezzi accessori di sostegno specie quando l'animale si sposta su i rami orizzontali. Il corpo in tutti i movimenti è tenuto in ogni caso perpendicolare al piano di progressione.

Tra le scimmie antropoidi sopravviventi il gorilla, lo chimpanzé e l'urango dimostrano un maggiore adattamento alla stazione ortograda: tra gli animali sono quelli che anche per tal fatto più si avvicinano all'uomo.

L'evoluzione della posizione ortograda può dividersi in tre stadi: la prima è quella che si riferisce alla comparsa delle ilobati, la seconda è quella che si riferisce alla comparsa dei grandi antropoidi, la terza è quella che si riferisce alla comparsa dell'uomo.

Le modificazioni somatiche concernenti il terzo stadio sono quasi esclusivamente limitate agli arti inferiori. Le gambe e le coscie diventano più estese e più robuste, fino al punto che gli arti inferiori appaiono la continuazione del tronco. La pelvi, il fulcro degli arti inferiori ed il sostegno del sacco viscerale, subisce sensibili modificazioni. Le anche, le ginocchia si adattano alla nuova posizione e la rotula, che nelle sue trasformazioni costituisce l'indice del grado della posizione eretta e dello sviluppo intellettuale, raggiunge la forma più perfetta. I muscoli, le ossa delle gambe assumono nuova forma e nuova potenza, mentre i piedi subiscono le più profonde trasformazioni, sì da assumere un tipo radicalmente nuovo, il tipo schiettamente umano. Nel tronco, nel torace e nell'addome avvengono meno sensibili modificazioni, in quanto i principali adattamenti alla posizione eretta si sono già perfezionati nelle fasi precedenti.

Tutte queste trasformazioni avvengono nel periodo geologico terziario.

L'evoluzione della posizione del corpo da pronograda a ortograda, importa una serie di complesse modificazioni nei vari organi e sistemi.

Al riguardo basta accennare alle modificazioni che devono subire i centri nervosi per adattarsi ai nuovi riflessi imposti dalla stazione eretta. Questa posizione anche nelle sue forme primitive richiede un alto grado di coordinazione dei centri midollari con quelli superiori, funzionalità più differenziate dei centri nervosi superiori, del nucleo rosso, degli altri nuclei del cervello medio, del cervelletto, parti tutte che regolano il tono di posizione e la coordinazione dei movimenti. L'elaborazione dei centri dell'automatismo del sistema muscolare ortogrado si accompagna ad una espansione dei gangli basali e dei centri corticali. Durante l'evoluzione della posizione ortograda cervello e corpo si modificano contemporaneamente.

D'altra parte devono essersi avverate modificazioni sincrone nel meccanismo vasomotore di posizione in modo da adattare gradatamente e spe-

cializzare i centri che regolano la distribuzione del sangue nelle varie parti del corpo.

Inoltre evidenti modificazioni di forma e di funzioni subiscono gli organi della respirazione.

Vero è che l'evoluzione della posizione ortograda importa una rivoluzione anatomica di tutti gli organi, di tutti i sistemi del corpo, dal vertice del capo alla pianta dei piedi.

È ovvio che la colonna vertebrale deve aver subito modificazioni notevoli in rapporto non solo alla evoluzione della posizione del corpo, ma anche alla scomparsa della coda.

La sezione lombare tende a raccorciarsi con la sacralizzazione delle ultime sue vertebre, mentre le vertebre sacrali tendono a fondersi. Nelle ultime fasi dell'evoluzione ortograda l'ultima lombare diventa la prima sacrale. Ma queste modificazioni non riguardano solo le ossa: tutti gli altri elementi, nervi, muscoli, vasi, subiscono più o meno importanti alterazioni. Con la sacralizzazione si verifica uno spostamento in avanti dei plessi lombari e sacrali, quantunque il movimento dei fasci nervosi non sia corrispondente a quello delle vertebre. Corrispondentemente le radici ed i centri spinali che regolano il meccanismo nervoso delle parti basse del corpo si trovano spostate in avanti.

Non è concepibile che i processi di differenziazione segmentaria che formano i segmenti superiori del corpo della scimmia e dell'uomo siano influenzate da fattori intrinseci o estrinseci che agiscono sull'intero organismo già sviluppato.

Conviene invece credere che il meccanismo evolutivo che foggia nuove forme non sia un abito acquisito durante la vita dell'animale, come riteneva Lamarck, ma che invece esso sia una proprietà preesistente nei germi, che controlla lo sviluppo dei tessuti embrionali in modo da produrre nuove possibilità funzionali.

La sezione dorsale della colonna vertebrale è quella che meno risente modificazioni nel processo evolutivo della stazione ortograda. Si determina solo la scomparsa di un paio di costole: nella maggioranza delle scimmie pronogradi vi sono tredici paia di costole, e del resto è noto che nell'embrione umano vi sono le vestigia di una tredicesima costola.

D'altra parte v'è una tendenza alla cervicalizzazione della prima dorsale ed alla dorsalizzazione dell'ultima cervicale.

Quale è la ragione dell'accorciamento della sezione lombare in rapporto alle altre parti della colonna vertebrale?

Nelle scimmie pronograde del vecchio mondo la sezione lombare rappresenta il 40-45 % della colonna presacrale, mentre nelle piccole scimmie ortogradi essa ne rappresenta il 30-34. Evans osserva che nelie scimmie pronogradi la sezione lombare ha una parte importante nello slancio del corpo, è una specie di leva flessibile per il movimento delle parti superiori del corpo sulla base fissa della pelvi. Nelle piccole scimmie ortogradi, invece, nelle quali gli organi di progressione sono costituiti dagli arti anteriori, la sezione lombare serve a stabilire la continuità tra le parti superiori e inferiori del corpo, a sostenere il peso delle prime durante la stazione eretta, a reggere le parti inferiori quando l'animale si sospende ai rami degli alberi.

Con l'evoluzione dei grandi antrapoidi la regione lombare diventa sempre più breve e più forte: nello chimpanzé rappresenta il 27 % della colonna presacrale, nell'urango il 24 %, nel gorilla il 29 %; nell'uomo al momento del parto è il 27 % e nell'uomo adulto il 32 %.

Con la stazione eretta la pelvi, come la base di sostegno del tronco prende uno sviluppo considerevole: la coda, come organo esterno libero, scompare completamente e le vertebre caudali si coccigealizzano, mentre la scomparsa dei muscoli erettori della coda libera buona parte della superficie dorsale del sacro a vantaggio degli erettori del dorso; la settima e la sesta vertebra lombare si sacralizzano irrobustendo il sacro; una enorme porzione delle creste iliache, il cui sviluppo aumenta, viene utilizzata per l'impianto di muscoli potenti, deputati al mantenimento della posizione verticale.

D'altra parte il sacro cambia direzione mentre le sue articolazioni con le ossa ischiatiche si irrobustiscono, e ciò per poter assolvere la nuova funzione di reggere il peso del corpo.

La trasformazione della posizione da pronograda ad ortograda, importa, insieme a quelle scheletriche, sensibili modificazioni viscerali. La posizione, i punti di attacco degli organi toracici, addominali e pelvici presentano varianti talvolta sensibili. I pulmoni, il cuore con i grossi vasi, il diaframma, il tubo digerente sia per effetto del cambiamento di posizione, sia per effetto delle concomitanti trasformazioni ossee subiscono simultanei e armonici adattamenti.

Dal punto di vista medico è a notare che la stazione eretta ha determinato stati di cose che producono o favoriscono alcune condizioni morbose. Al riguardo è a ricordare che la minore resistenza degli apici pulmonari alla tubercolosi è dovuto all'allungamento dei pulmoni per effetto dello stiramento in basso; che il cuore è soggetto ad un maggior lavoro dovendo pompare il sangue non orizzontalmente, ma verticalmente; che la sospensione verticale dei visceri addominali favorisce lo sviluppo delle ptosi organiche e delle ernie inguinali. Mentre alcune anomalie ossee, delle spalle, del torace, del dorso, ricordano le caratteristiche delle parti corrispondenti nei pronogradi, e vanno quindi considerate come sintomi degenerativi.

Malgrado le naturali modificazioni ossee e viscerali, malgrado la necessità di nuove energie e di nuove coordinazioni per il mantenimento della posizione eretta, il numero dei muscoli negli ortogradi e in planigradi più evoluti non varia. Si hanno solo spostamenti nei punti di attacco, nella massa dei muscoli acciò essi possano assolvere convenientemente la nuova complessa funzione.

La stazione eretta importa un complesso di azioni muscolari, che mantengono costantemente le varie parti del corpo, arti, testa e tronco in una determinata posizione in modo da controbilanciare l'azione della gravità qualunque sia l'atteggiamento delle parti stesse.

Il mantenimento dell'equilibrio in piedi, stando fermi o camminando, dipende da sinergie muscolari molteplici e variabili, di cui solo le predominanti hanno una relativa costanza. La parte più rilevante è riservata ai muscoli posteriori; ma non è dubbio che vi contribuisce quasi tutta la muscolatura scheletrica in proporzioni varie.

In effetti la posizione eretta è possibile solo in istato di veglia, e d'altra parte importa una fatica notevole.

Di ciò tutti si possono rendere conto apprezzando il senso di stanchezza che provoca lo stare in piedi anche in perfetta immobilità. Per evitare questa sensazione penosa si cambia posizione, si mettono in riposo alcuni muscoli ed in azione altri: per mantenere il nostro equilibrio, noi ci squilibriamo continuamente. L'uomo che crede di restare immobile in piedi, si muove in effetti continuamente.

La stazione in piedi è assicurata da un giuoco di riflessi molto complessi.

Da ciascuno dei muscoli scheletrici partono costantemente impulsi verso i centri midollari, dai quali emanano rispettivamente impulsi atti a mantenere il tono muscolare in una certa efficienza, a far contrarre attivamente determinati muscoli con una proporzionata intensità. Al disopra di questi archi riflessi semplici vi sono più complicati meccanismi che si svolgono per vie nervose che fanno capo a centri localizzati nel cervello medio, nel cervelletto, nel bulbo. Nelle scimmie questi centri sono organizzati e funzionano in modo da assicurare i riflessi necessari per mantenere la posizione pronograda. In effetti le scimmie di tutte le specie possono assumere la posizione prona e seduta: l'ulteriore evoluzione verso la posizione ortograda deve avvenire con la differenziazione di un nucleo superiore preesistente nelle specie precedenti.

Che la stazione immobile ed il cammino siano funzioni complesse cui presiedono centri nervosi altamente differenziati si può apprezzare dagli sforzi e dal tempo necessari perchè il bambino acquisti la capacità di tenersi in piedi e di camminare regolarmente. In fondo nel bambino si ricapitola l'evoluzione della stazione e dell'andatura

Appena nato il bambino non può reggersi sui quattro arti e non può tener neppure eretto il tronco e la testa. Dopo i primi sei mesi i muscoli del tronco cominciano ad avere un po' di tono in modo da consentirgli di tenersi diritto senza fasce sulle braccia della madre; ma solo dopo gli otto mesi è capace di sedere senza alcun sostegno del dorso e del capo. Egli comincia a spostarsi sul pavimento poggiandosi sui quattro arti, e sostenuto per le ascelle egli è in grado di eseguire con gli arti inferiori quasi correttamente i movimenti necessari per il cammino regolare, ma non è in grado di reggersi in piedi.

Verso i dieci mesi comincia a fare qualche tentativo di stare in piedi sostenendosi, bene inteso, molto energicamente a qualche sostegno.

Con questi tentativi si delineano i riflessi della statica e quelli del cammino.

Fatto interessante il bambino riesce prima a camminare che a reggersi in piedi immobile. Questa posizione è la prova statica più difficile.

Come si vede i riflessi statici superiori si acquistano lentamente, si differenziano per vari aspetti dai riflessi innati, quali gli osteo-tendinei, i cutanei, di difesa e dai riflessi statici elementari di Magnus e Klein, che sono riflessi otolitici modificanti il tono muscolare e riflessi labirintici provocanti movimenti delle varie sezioni del corpo, che però non hanno alcun rapporto con la statica e con l'andatura.

Con la stazione eretta l'organizzazione nervosa si complica, si perfeziona, si adatta alle nuove esigenze somatiche, ma, quel che più conta, acquista ed affina altri poteri che rendono possibile l'ulteriore sfruttamento della nuova posizione.

Questo è il fatto concomitante ed insieme causa ed effetto di nuovi, sensibili progressi della cerebralità.

La posizione eretta aumenta le possibilità di difesa dell'animale, allarga l'orizzonte della sua vista, conferisce agli arti superiori nuovi movimenti più delicati e più complessi, affina il senso del tatto concentrandolo nelle estremità superiori.

Di pari passo l'intelligenza si sviluppa, si articola il linguaggio.

Fra tutti i mammiferi il più intellettuale è il più eretto. I lobi prefrontali, con i quali è associato lo sviluppo della caratteristica fronte umana, sembra che sboccino a misura che la posizione da planigrada diventa ortograda e poi plantigrada.

Quel che avviene negli ultimi gradi della scala animale avviene nel bambino: questi per intendere, ricordare e ragionare deve prima reggersi e camminare su i due piedi.

argo.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALATRI (*Frosinone*). — Scad. 11 mar.; L. 8500 per 1000 pov., addizion. L. 4 fino a 2000 e L. 5 oltre; c.-v.; 5 quadrienni dec.

ALESSANDRIA DELLA ROCCA (*Agrigento*). — Scad. 10 mar. 2ª condotta; L. 9000 e 4 quadrienni; età lim. 40 a.

BOLZANO. *R. Prefettura.* — Al 31 mar., ore 18; uff. san. di Merano; titoli ed esami; ab. 20955 (censim. 1921); ha. 2598; L. 15.000 e tre quadrienni di L. 1200, oltre L. 1500 serv. att.; doc. a 3 mesi dal 1° feb.; età lim. 45 a.

CAGLIARI. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanitario per Cagliari e borghi aggregati. Stip. iniziale lire 16.000, aument. L. 800 e L. 1000 dopo 1° e 2° quadriennio. Indenn. serv. L. 4200 oltre temp. indennità c.-v. Scad. ore 19 del 30 marzo p. v. Concorso per titoli e per esame. Chiedere bando Ufficio Sanitario Prefettura.

COPPARO (*Ferrara*). — Il concorso per la condotta della frazione *Ambrogio* è prorogato a tutto il 1° marzo. Stip. L. 10.000; ass. complement. lire 2520. Indenn. trasp. L. 2500, e L. 500 per bicicl.

ENNA. *Ospedale Umberto I.* — Direttore Medico Chirurgo; titoli od eventualmente esami; L. 18.000, partecipazione 45 % sulle operazioni chirurgiche. Istanze o chiarimenti al Presidente della Congregazione di Carità non oltre il 31 marzo, ore 18.

GENAZZANO (*Roma*). — A tutto 30 mar.; 1ª cond.; L. 9500 per 1000 pov.; 5 quadrienni dec.; c.-v.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 15 feb.

GENOVA. *Spedali Civili.* — Primario chirurgo; L. 5700 (*sic*); nom. quinquennale, conferme triennali fino a 60 anni; laurea da 6 anni; tassa L. 50; chied. annunzio. Scad. ore 15 dell'11 mar. Rivolgersi Segreteria (Spedale S. Martino).

GROSSETO. — Scad. 10 mar.; per Battignano; L. 10.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 indennità speciale e indenn. c.-v.

IMPERIA. *Amministraz. Provinciale.* — Direttore della Sez. medico-micrograf. e bacteriologica del Laborat. prov. d'igiene e profilassi; L. 13.700 aumentab. a L. 16.000. Scad. 29 mar.

LECCE. *R. Prefettura.* — Conc. per titoli e per esami per uff. san. dei comuni di Copertino, Galatina, Gallipoli, Maglie e Squinzano. Scad. termine present. dom. alla R. Prefettura di Lecce, ore 12 del 27 marzo.

LEVICO (*Trento*). — Scad. 2 mar.; 2ª cond.; lire 8500 oltre L. 500 indenn. via, L. 2600 di abit., c.-v.; età lim. 45 a.

LIVORNO. *Spedali Riuniti.* — Medico primario; proroga al 1° marzo.

LUCCA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Direttore tecnico sanitario dei servizi antitubercolari. Proroga a ore 17 del 10 marzo.

MEZZANEGO (*Genova*). — Scad. 25 mar.; L. 8500 e 10 bienni ventes.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

MILANO. *Pio Istituto di Santa Corona.* — Medico direttore Istituti in Pietraligure; L. 35.000 oltre L. 7000 residenza, alloggio d'obbligo; scad. ore 17 del 15 mar.; laurea da 10 anni; doc. a 3 mesi dal 25 mar. Per informazioni e domande rivolgersi all'Ufficio Protocollo, via C. Correnti 13, Milano.

PUOS (*Belluno*). — Scad. 12 mar.; con Farra d'Alpago; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre lire 1000-2000-3500 trasp., c.-v., L. 500 se uff. san.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 10 feb.

RIGNANO GARGANICO (*Foggia*). — Conc. per titoli. Stip. L. 9000 con 5 aum. quadr. del decimo; c.-v. L. 294 annue. Scad. 8 marzo. Docum. di rito, senza tassa conc.

ROMA. *Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia.* — Direttore sanitario della Casa di Maternità « Regina Margherita » di Bordighera. Si richiede il diploma di specialista in ostetricia e ginecologia presso una R. Università del Regno. Età mass. 35 anni. Scad. 40 gg. dal 15 feb. Servizio di prova per sei mesi, con assegno mensile di L. 900, oltre al vitto e all'alloggio nell'Istituto; poi assunzione per cinque anni, con stip. di L. 14.400, oltre al vitto e all'alloggio nell'Istituto. In mancanza di preventiva disdetta il relativo contratto d'impiego s'intenderà tacitamente rinnovato alla scadenza del quinquennio, per uguale periodo; e l'assegno sarà aumentato del 10 % ad ogni rinnovazione quinquennale. Per le altre condizioni chiedere annunzio alla sede dell'O. N. M. I., piazza Adriana 20, Roma.

SABBIONETA (*Mantova*). — Scad. 10 mar.; 1° reparto; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1500 trasp., c.-v. L. 1227 se coniugato, L. 900 se uff. san., L. 1000 dalla Congreg. di C. per l'Ospedale; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

S. GIOVANNI IN GALDO (*Campobasso*). — L. 6000 e 3 quinquenni dec.; età massima 55 a.; scad. 15 mar.

VENEZIA. *Comune.* — Tre condotte per sestieri di città, L. 8000; una per 3 frazioni, L. 10.500; 4 quinquenni dec.; L. 500 serv. att.; c.-v.; per indenn. trasp. e altre condiz. chiedere annunzio. Età lim. 40 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 10 feb. Scad. tutto 15 mar.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La Facoltà Medica di Roma ha chiamato, ad unanimità, il prof. Guglielmo Bilancioni alla direzione della Clinica oto-rino-laringoiatrica, già tenuta dal suo compianto Maestro prof. Gherardo Ferreri.

All'insigne clinico e studioso, della cui collaborazione il nostro periodico si onora da tempo, i nostri rallegramenti cordialissimi.

L'incarico provvisorio è stato affidato al prof. Filippo Auriti, aiuto della Clinica.

A sostituire il prof. dott. Francesco Spirito nella direzione della Scuola Ostetrica di Novara, già prima tenuta dal compianto prof. Romolo Costa, la Facoltà medica di Torino ha nominato il dott. prof. Luigi Bacialli di Bologna, che per due anni fu direttore della R. Scuola di Ostetricia della Università di Camerino.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Milano.

Conferenza del prof. de Blasi su "La lotta contro il tifo" all'Istituto fascista di cultura.

La sera del 28 gennaio il prof. Dante De Blasi ha tenuto all'Istituto fascista di cultura una dotta conferenza su « La lotta contro il tifo ». Tale lezione fa parte del Corso d'Igiene sociale organizzato dall'Istituto stesso e che ha avuto inizio con la lezione del prof. Devoto del 19 gennaio su « Come impedire che le malattie diventino croniche ».

Iniziato il suo dire col far rilevare l'importanza sociale del problema della lotta contro il tifo, malattia della quale malgrado progressi della civiltà e della scienza medica nessun paese è riuscito a sbarazzarsi o a difendersi con sufficiente sicurezza, il prof. de Blasi ha fatto rilevare come ancor più importanza che non le misure sociali di difesa, competenza diretta delle organizzazioni sanitarie, presentino un'infinità di piccole misure spicciole, praticabili e da praticarsi dai singoli privati. Ha fatto rilevare — per quanto riguarda l'epidemiologia del tifo — che noi possiamo considerare come pietre miliari quattro nozioni definitivamente acquisite: 1) la causa del tifo è il bacillo del tifo; 2) è solo l'uomo che la propaga; 3) la contaminazione può avvenire sia per via diretta che indiretta; 4) il bacillo può pervenire al suolo e all'acqua e diffondere così l'infezione a distanza. Ha fatto rilevare come l'ipotesi di una forma ultrafiltrabile dell'agente del tifo non cambi sensibilmente la natura epidemiologica della malattia nè nel campo della profilassi pratica arrechi notevoli conseguenze. Forse dall'esistenza della forma ultrafiltrabile dipende la difficile isolabilità del bacillo dalle feci. Passando ad esaminare singolarmente i vari veicoli d'infezioni il conferenziere dichiara trascurabile l'importanza del latte, dell'acqua, dei frutti di mare e delle ortaglie crude. Invece egli attribuisce la massima importanza al fattore portatore, sia malato che convalescente che sano, e che è spesso così difficile porre in evidenza; un portatore può continuare ad eliminare bacilli per tutta la vita. Si possono distinguere portatori passeggeri che in breve lasso di tempo si liberano di tutti i loro bacilli e portatori cronici che possono continuare a disseminarli all'infinito.

Al principio della stagione estiva sotto l'influenza di fattori climatici e stagionali svariati i portatori sani divengono portatori cronici e poi malati: ecco così scoppiare le prime epidemie. Grande importanza come strumento di diffusione hanno le mosche che assediano sì la casa del povero come quella del ricco. Importanza profilattica essenziale hanno quindi l'evidenziazione dei portatori e la sorveglianza dei malati e dei convalescenti; tra questi hanno speciale importanza le donne di casa e le massaie in genere che attendono alla preparazione dei cibi. Il problema della lotta contro il tifo è essenzialmente problema di educazione igienica delle masse, più che problema di medicina sanitaria, dato che anche la vaccinazione preventiva non ha dato i risultati concreti e definitivi che dapprima si erano sperati.

Dott. RUGGERO ASCOLI.

NOTIZIE DIVERSE.

Accademia Lancisiana di Roma.

Giovedì 7 febbraio ebbe luogo all'Ospedale della Consolazione la solenne commemorazione del socio residente prof. Gherardo Ferreri, direttore della Clinica otorinolaringoiatrica della R. Università di Roma.

Nella sala gremita di professori, medici e studenti, abbiamo notato il presidente degli Ospedali Riuniti di Roma, gr. uff. Adolfo Cotta con il segretario generale comm. Corelli, i proff. Dalla Vedova, Montenovesi, Ascoli, Arcangeli, Mendes, Margarucci, Lugli, Baglioni, Di Marzio, Bilancioni, Pecori, Pastore, Auriti, Angelucci, Stagnitta, Giorgio Ferreri, Giannelli, ecc.

La famiglia dell'Estinto al completo aveva preso posto presso il banco della presidenza.

Alle 18,30 il presidente prof. Ermanno Fioretti, aperta la seduta e lette le adesioni dei proff. Panegrossi, De Sanctis, Zeri, comunica che l'Accademia ha voluto commemorare il socio residente prof. G. Ferreri, a tutti caro come amico e come professore, ed è in memoria dell'illustre Maestro, che vede riunite le più grandi autorità mediche della Capitale. Dà quindi la parola al prof. De Carli, il quale illustra la eminente figura morale, culturale e scientifica di Gherardo Ferreri, mettendone in evidenza anche le superiori doti sentimentali.

Con rapida sintesi ricorda la formidabile produzione scientifica del Maestro, che tanto contribuì al progresso della Oto-rino-laringologia in Italia.

Espone ed illumina l'opera di Ferreri nel campo della assistenza sociale, della filantropia, della redenzione morale del popolo.

L'O. chiude il discorso rendendo omaggio alla nobile vita del Maestro, esempio di sacrifizio al dovere ed al lavoro; esempio di cittadino preclaro che si prodigò sempre per il bene dell'Umanità e della Patria, lasciando impronte indelebili della Sua opera, la quale sopravviverà al proprio Artefice.

Il presidente, terminata la commemorazione, prima di sciogliere la seduta in segno di lutto, propone di dare la parola al prof. Bilancioni espressamente venuto da Pisa, il quale parla dell'equilibrio statico e dinamico della laringe.

Le altre comunicazioni furono rimandate alla successiva seduta ordinaria, fissata per il 14 corrente; ne daremo ulteriormente notizia.

Settimana internazionale della luce terapeutica.

Indetta dall'Istituto di Attinologia, sotto la presidenza del prof. D'Arsonval si riunirà a Parigi dal 22 al 27 luglio 1929, come abbiamo già annunziato, la « Settimana internazionale della Luce terapeutica ». Lingue ufficiali saranno: francese, italiano, tedesco, inglese. I temi messi all'ordine del giorno sono: 1) Scelta di una unità di misura per i raggi ultravioletti usati in medicina; 2) La cura della peritonite tubercolare colla luce; 3) Valore profilattico dei raggi ultravioletti; 4) La cura dei reumatismi coi raggi infrarossi. Sarà pure organizzata una Esposizione internazionale degli apparecchi divisa in sei sezioni: *a*) strumenti per l'analisi e misura dell'irradiazione; *b*) lampade a raggi ultravioletti, infrarossi o cromoterapia; *c*) organizzazione e ma-

teriale delle cliniche della luce; *d)* sorgenti di elettricità; *e)* preparazioni irradiate e medicazioni aggiunte; *f)* opere e periodici riguardanti l'attinoterapia. Vi sarà pure una esposizione retrospettiva della luce.

Per informazioni e programmi rivolgersi al segretario generale per l'Italia: cav. uff. prof. Giulio Ceresole, Ospedale Civile, Venezia.

Corsi complementari in igiene.

Si terranno presso gl'Istituti d'Igiene delle Università di Catania e di Padova, a partire rispettivamente dal 1° marzo e dal 4 marzo, per la durata di due mesi; vi sono ammessi medici e laureati e diplomati vari, aspiranti alla carriera igienico-sanitaria. Tasse complessive L. 500 e L. 395,70 rispettivamente. Modalità consuete. Chiedere annunzi.

Consiglio direttivo della Croce Rossa Italiana.

Si è riunito al completo, sotto la presidenza del sen. Cremonesi il Consiglio direttivo del Comitato centrale della Croce Rossa Italiana.

Il nuovo presidente ha esposto come in questi quattro mesi egli sia riuscito a procurare alla Associazione i mezzi finanziari per iniziare la restaurazione del suo bilancio e a dare un più completo assetto alla sua organizzazione centrale e periferica. Il sen. Cremonesi ha poi affermato che la « Giornata della Croce Rossa », il contributo annuo del Ministero delle Corporazioni per intensificare la lotta antitubercolare ed altri rilevanti provvedimenti finanziari da lui sollecitati ed ottenuti dimostrano l'appoggio che il Governo concede alla nuova amministrazione.

Il sen. Marchiafava, vice-presidente della Associazione, ha pronunciato nobili parole all'indirizzo del presidente Cremonesi.

Il sen. Cremonesi ha ringraziato il prof. Marchiafava delle lusinghiere parole ed i colleghi del Consiglio della dimostrazione di simpatia di cui hanno voluto onorarlo.

Su proposta del presidente Cremonesi sono stati inviati al Capo del Governo ed all'on. Turati due telegrammi.

A favore della Croce Rossa Italiana.

L'Associazione Commerciale Industria Agricola Romana, che era già socia perpetua della Croce Rossa Italiana, si è inscritta ora Socia Benemerita dell'Associazione, versando la quota di L. 6000, in omaggio al proprio Presidente, S. E. il Senatore Cremonesi, Presidente Generale della C. R. I.

Ugualmente l'Istituto Nazionale « Luce » ha voluto annoverarsi fra i benemeriti della C. R. I., versando un contributo di L. 3000.

Per il Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Il Direttorio del Consiglio Nazionale delle Ricerche comunica che sono pervenute le seguenti offerte: L. 2000 dall'on. prof. Ernesto Belloni per conto dell'Istituto Nazionale di Chemioterapia di Milano a favore del Comitato Nazionale per la Biologia; L. 200 dal prof. Luigi Bellucci aiuto di fisiologia presso l'Università di Siena a favore del Consiglio delle Ricerche.

Convalescenziario di Orio Canavese.

Il Convalescenziario inaugurato a Orio, nell'alto Canavese (Torino), si aggiunge alla serie di consimili Istituti Sanitari che la Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali ha fondato in tutta Italia per l'assistenza delle maestranze operaie, a dimostrazione anche che il Regime intende provvedere alle classi popolari, dando atto di collaborazione fra datori e prestatori di lavoro.

Questo Convalescenziario è posto nel settecentesco Castello di Orio, che spicca nel magnifico scenario del Canavese e presta i suoi saloni a diventare dormitori e refettori, mentre le sale di ricreazione sono collocate nelle amene verande e nei loggiati.

Alla festa inaugurale convennero tutte le autorità delle provincie di Torino e di Aosta, alle quali facevano degna corona i gagliardetti e i vessilli di tutte le Associazioni. Dopo la benedizione dell'Istituto, parlarono il podestà di Orio, il sen. Garbasso, presidente della Cassa, e l'on. Olivetti, dopo di che tutti hanno visitato l'Istituto.

Donazioni e lasciti a New York.

Il sig. Payne Whitney ha lasciato al « New York Hospital » oltre 18 milioni e mezzo di dollari, pari ad oltre 300 milioni di lire it.; al « Cornell Medical College » di New York circa 3 milioni di doll., pari a circa 60 milioni di lire it.; alla Biblioteca Pubblica di New York oltre 6 milioni di doll., pari a oltre 120 milioni di lire it. Il totale delle donazioni e dei legati del Whitney a scopo di beneficenza, ammonta a più di 45 milioni di dollari, ossia a circa un miliardo di lire ital. Alla sua morte il valore dei suoi beni è stato ufficialmente stimato di circa 179 milioni di dollari, ossia 3 miliardi e mezzo di lire it.

La pandemia influenzale.

Ha ormai colpito praticamente tutta l'Europa e tutta l'America settentrionale. A Parigi si sono avute ripercussioni gravi in tutte le forme di attività. A Praga la mortalità risultò più che raddoppiata. In molte altre città la malattia è stata pure oltremodo diffusiva. Giunge ora notizia che ha colpito duramente anche la Persia e il Giappone.

Per la vigilanza sanitaria sulle carni.

È stato pubblicato il regolamento sulla vigilanza sanitaria delle carni che comprende 63 articoli ed alcune disposizioni generali.

Medici coloniali per il Congo.

Il Ministero delle Colonie del Belgio dispone di alcuni posti presso il Servizio d'Igiene del Congo. La prossima sessione della Scuola di Medicina Tropicale al Parc Duden, per la preparazione dei medici coloniali, s'inaugura il 15 marzo; quindi si pregano gli interessati d'indirizzare immediatamente le loro offerte, all'indirizzo: Ministère des Colonies, place Royale 7, Bruxelles.

Lo stipendio iniziale è di 75.000 franchi belgi. Sono da aggiungervi: un'indennità annua di carica di 3000 franchi; per i medici addetti alle missioni di profilassi un'indennità speciale di 10.000 franchi, aumentata di 1000 franchi per ogni anno di servizio; un'indennità di equipaggiamento di 2500 franchi alla partenza; gratuità dei viaggi Bruxelles-Congo e viceversa, in 1ª classe; indennità di residenza, variabile da 250 a 1000 franchi al mese; indennità di famiglia, in misura di 400 franchi al mese per la moglie e altrettanto per ogni figlio minore di 21 anni; gratuità dei viaggi per la moglie e i figli che accompagnano

o che raggiungono il titolare; gratuità dell'alloggio e dell'assistenza medica e farmaceutica; indennità di 5500 franchi al minimo per ogni anno di prolungamento del soggiorno, oltre i limiti statutari; aumenti e promozioni, secondo le regole statutarie; trattamenti di congedo, di pensione, di assicurazione, ecc.

Medici coloniali inglesi.

Nella colonia di Sierra Leone il servizio sanitario è affidato a 9 medici, di cui 5 europei e 4 indigeni, per una popolazione di un milione e mezzo d'abitanti. Per sviluppare l'opera di assistenza medica, in attesa che sorga una Scuola di medicina la quale possa far aumentare il personale addetto a tale assistenza, il Governatore ha deciso di accordare una sovvenzione annua di 400 sterline (circa 40.000 lire it.) ad ogni medico qualificato, incaricato da una Missione medica di esercitare in un centro importante, e un'indennità di 100 sterline ad ogni infermiera e di 200 sterline ad ogni gruppo di due o più infermiere alle dipendenze del medico.

Tuttavia il Governatore ha posto, come condizione, che i medici sovvenzionati non abbiano clientela privata e che versino alle casse della Missione gli onorari che potrebbero esser loro rimessi dai malati, sotto qualsiasi forma. — Così la rivista « West Africa ».

Per informazioni rivolgersi a: The Governor, Freetown, Sierra Leone, Africa Occid.

Viaggi medici in Czecoslovacchia.

Nella Czecoslovacchia l'Agenzia ufficiale delle Ferrovie organizza, sotto il patronato del Ministero dell'Igiene, due viaggi medici alle stazioni termali e climatiche. Ogni viaggio durerà da 17 a 20 giorni; il primo avrà inizio in maggio, il secondo si svolgerà in settembre. L'itinerario è per tutti e due: Egar (frontiera), Franzensbad, Carlsbad, Marienbad, Praga, Macoscià, Luhacovise, alti Tatras, Trensanské, Teplia, Piestany, Nova Ves (frontiera). Il prezzo del viaggio è di 2500 franchi francesi e comprende: trasporto in 1ª classe ferroviaria dalla frontiera alla frontiera; posti riservati nei treni; pasti nei vagoni-ristoranti; trasporto delle persone e dei bagagli dalle stazioni agli alberghi e viceversa; alloggio in alberghi di prim'ordine; tre pasti giornalieri (bevande escluse); escursioni in auto-carri; guide, tasse, ingressi, regalie. Per informazioni rivolgersi all'« Agence Cedok », rue des Pyramides 12, Paris (Francia).

Gli aspiranti dottori in Francia diminuiscono.

Il numero delle tesi dottorali presentate alla Facoltà medica di Parigi va diminuendo in modo rapido: da 665 nel 1926 sono scese a 556 nel 1927 ed a 493 nel 1928.

Per il monumento a Guido Baccelli.

Con recente deliberazione, il Governatore di Roma ha stabilito le modalità per l'esecuzione del monumento a Guido Baccelli, nel prossimo anno, in cui ricorrerà il centenario della sua nascita.

All'autore del bozzetto premiato verrà corrisposta la somma di L. 100.000.

L'inaugurazione del monumento dovrà coincidere con la ricorrenza del centenario della nascita.

L'Amministrazione civica ha stabilito che il luogo più adatto per erigere tale monumento è la Passeggiata Archeologica.

All'Università di Buenos-Ayres.

Il prof. G. Aráoz Alfaro, il quale, com'è noto, ha rinunziato recentemente alla direzione del Dipartimento Nazionale d'Igiene della Repubblica Argentina, ha lasciato anche l'insegnamento universitario, in base alla legge che stabilisce il ritiro dopo 30 anni di servizio attivo e 20 d'insegnamento. Egli avrebbe potuto chiedere ed ottenere una proroga d'onore, di 5 anni; ma ha preferito lasciare la cattedra ad un suo allievo, al prof. Bonorino Udaondo.

Aráoz Alfaro è stato il vero e grande organizzatore della Sanità pubblica in Argentina, apprezzato in tutto il mondo per la severa disciplina dello spirito e l'equilibrio dell'opera sua. Tali qualità erano maturate in lungo e fortunato tirocinio di professore di clinica propedeutica e di medico pratico, specializzato in pediatria.

L'Università di Buenos-Ayres perde un maestro di larga reputazione, ma lo supplisce degnamente. Poichè Bonorino Udaondo ha dato, come professore supplente, prova sicura delle sue attitudini di insegnante e di ricercatore. La sua produzione scientifica e clinica è seria e onesta, nutrita di coltura e insieme di esperienza.

Incendio di un manicomio al Giappone.

Un incendio, sviluppatosi il 16 febbraio, ha completamente distrutto il Manicomio di Tokio. Il fuoco si è propagato alla vicina Scuola d'artiglieria, di cui ha distrutto la biblioteca.

Si sono prodotte scene di terrore. Tra le macerie si sono rinvenuti carbonizzati 11 cadaveri. Altri 7 ricoverati sono mancanti.

Conseguenze dell'incendio di una Università al Giappone.

Un incendio che distrusse una parte degli edifici della Università Doshisha a Kyoto il mattino del 23 novembre scorso, ha avuto per conseguenza le dimissioni del rettore dott. Ebina, di quasi tutto il Consiglio d'amministrazione, del capo della polizia di Kyoto, del capo della polizia del quartiere e di molti altri funzionari minori. Questa ecatombe si deve alla circostanza che l'incendio si sviluppò durante il soggiorno dell'imperatore a Kyoto ed a non molta distanza dalla dimora dell'imperatore. Il fatto che il rettore dell'Università era ammalato e ricoverato in un ospedale, non è valso ad attenuare la sua responsabilità: le sue dimissioni sono state accettate. (Dal « Japan Medical World »).

Avvelenamento collettivo.

Una commissione nominata per indagare sulle cause dell'episodio d'avvelenamento collettivo di cui demmo notizia nel N. 5, ha accertato che fu prodotto da esalazioni di sostanze topicide e più esattamente da idrogeno fosforato.

Nella stampa medica.

Il periodico « La Fiaccola » di Genova, diretto dal prof. Gioacchino Breccia, ha assunto il titolo principale di « Rivista Italiana della tubercolosi e della difesa sociale ». Rivolgersi alla direzione (Corso A. Podestà 5-3, Genova 112).

ALDO PERRONCITO

(1882-1929).

La mattina del 21 gennaio scorso, moriva in Pavia Aldo Perroncito, professore di Patologia generale e di Istologia nell'Università. La malattia, che dopo lunghe alternative di speranze e di sconforti, fiaccò infine il suo corpo,



non lo spirito che rimase lucido e sereno fino all'ultima ora, aveva avuto principio durante la guerra, alla quale Egli aveva preso parte con entusiasmo esponendosi a disagi e pericoli e meritando, ambita ricompensa, una medaglia al valore militare.

Nato in Torino nel 1882 apparteneva ad una famiglia, nella quale il culto degli studi è nobilissima tradizione; era figlio del prof. Edoardo, medico e naturalista di grande fama, che ha un posto eminente nella storia della Parassitologia italiana, discendeva in linea femminile da Giulio Bizzozero e per parte di madre era nipote di Camillo Golgi, che lo amava come un figliuolo.

Compiuti gli studi secondari nella città natale, si trasferì nel 1899 a Pavia per entrare nel Laboratorio di Golgi, dove doveva rimanere come allievo fino alla laurea, fornendo le prime prove sicure della sua eccezionale attitudine per le ricerche scientifiche e dopo la laurea, salvo un periodo di perfezionamento all'estero, in qualità di assistente, fino a che nel 1914 conquistava per concorso la cattedra di Patologia generale a Cagliari. Nel 1921, quando Camillo Golgi raggiunti i limiti di età lasciò l'insegnamento, chiamato con voto unanime della Facoltà a succedere al Maestro, ritornava come direttore nell'Istituto, nel quale aveva mosso i primi passi, per iniziarvi un periodo di intensa attività, di cui sono documento eloquente i volumi che raccolgono la produzione scientifica dell'Istituto in questi ultimi anni.

Il contributo che Aldo Perroncito ha portato alla Scienza nei diversi campi di studio, ai quali si è successivamente dedicato, è ricco e duraturo. Entrato appena, giovane studente, nel Laboratorio di Golgi conseguiva in un argomento irto di difficoltà di tecnica e di interpretazione un successo cospicuo mettendo in evidenza nelle placche nervose motrici dei muscoli striati, accanto alla fibra nervosa midollata, una tenue fibrilla amidollata decorrente entro la guaina di Henle e terminante in un fine e caratteristico intreccio. Questo reperto, che ottenne in seguito ampia conferma, costituisce la base anatomica della dottrina della doppia innervazione dei muscoli striati. Come tema per la dissertazione di laurea scelse la questione della rigenerazione dei nervi, sulla quale in quel momento era stata richiamata l'attenzione dai risultati discordanti di precedenti ricerche, ed applicando con mano felice delicati procedimenti di tecnica raccolse in breve tempo così grande copia di risultati, che gli diedero materia, non solo per la dissertazione di laurea, ma per una serie di pubblicazioni, che richiamarono l'attenzione di tutto il mondo scientifico e furono lodate e confermate dagli uomini più competenti in quell'epoca nel campo della Neurologia. Alcune verità già note furono confermate in modo definitivo, una folla di particolari interessanti messi in evidenza, alcuni fatti del tutto nuovi scoperti, fra questi le modificazioni delle fibre nervose rappresentanti l'inizio del processo rigenerativo, che sono ormai note sotto il nome di « Fenomeno di Perroncito ».

Nel periodo passato nel Laboratorio di Patologia di Pavia come Assistente ed in quello di perfezionamento in diversi Istituti della Germania e della Francia, la sua mente fervida, aperta a tutte le correnti del pensiero scientifico fu richiamata volta a volta su argomenti di diverso carattere. Nel campo della fisico-chimica, compì delicate esperienze sulle variazioni della pressione osmotica negli elementi viventi, in quello della Microbiologia sull'azione dei veleni contenuti nel corpo dei bacilli tubercolari e sugli effetti degli estratti di vermi intestinali sui batteri, nel campo della Sierologia una serie di ricerche importanti sulla isotossicità del sangue, singolare fenomeno ancora oggi oscuro, di cui Egli riuscì a determinare alcune leggi fondamentali per l'interpretazione dottrinale e interessanti per i riflessi sulla pratica della trasfusione del sangue; nel campo della eziologia delle malattie infettive, gli studi sulla pellagra, condotti su vasto materiale umano, raccolto con ripetute e faticose inchieste nelle regioni, dove la malattia era allora più diffusa, elaborato in laboratorio con originalità di metodi e con fine intuito interpretativo e pertanto altamente meritorii anche se, come tutti gli altri sull'argomento, non riuscirono a svelare le cause di questa malattia, di cui l'opera concorde dei medici e degli igienisti è riuscita ad eliminare il pericolo, non a svelare il mistero.

Quando Camillo Golgi, nei primi anni di questo secolo, con giovanile energia intraprese l'applicazione dei metodi di impregnazione argentica allo studio della intima struttura degli elementi cellulari e scoprì l'apparato reticolare interno delle cellule nervose, nel fervore di ricerche suscitate da quella scoperta a Perroncito doveva es-

sere riservata la soddisfazione di portare uno dei contributi più importanti alla conoscenza del nuovo componente fondamentale dell'elemento cellulare. Applicando i metodi di Golgi con opportune modificazioni ed ingegnosi adattamenti allo studio delle cellule spermatiche di un mollusco, la Paludina vivipara, oltre ad una serie di particolarità interessanti, Egli riuscì infatti a dimostrare con preparati di insuperabile evidenza e bellezza che l'apparato reticolare interno nelle cellule, che si preparano a dividersi, presenta una serie di modificazioni caratteristiche non dissimili da quelle del nucleo nel processo della cariocinesi. Il fatto fu confermato da numerose ricerche di controllo ed ormai è entrato a far parte del patrimonio della Scienza col nome di « Dittocinesi ».

Al periodo, nel quale tenne la direzione dell'Istituto di Patologia generale di Cagliari, periodo breve per l'interruzione di quasi quattro anni di guerra passati per intero nella zona delle operazioni e di intensa attività per l'organizzazione del Laboratorio e per lo scrupoloso adempimento dei doveri dell'insegnamento, appartengono una serie di lavori sulle piastrine del sangue, argomento arduo, che Egli affrontò con indirizzo originale e con metodi nuovi raggiungendo risultati che suscitarono l'interesse degli studiosi e vivaci discussioni non ancora esaurite.

Tornato a Pavia a capo di un grande Istituto ricco di mezzi materiali e di tradizioni gloriose, circondato da un folto gruppo di giovani, nei quali sapeva trasfondere il suo entusiasmo, subito impresse alla attività dei laboratorii un ritmo accelerato con un indirizzo prevalentemente sperimentale, sebbene sempre sottoposto al severo controllo della osservazione anatomica.

Il lavoro intenso, continuato ostinatamente anche quando la comparsa dei primi sintomi del male, che ne insidiava la forte fibra, avrebbero dovuto consigliargli cure e riposo, lavoro personale di ricerche lunghe e faticose, lavoro quotidiano di preparazione, di indirizzo e di controllo delle ricerche dei numerosi allievi, diede presto frutti cospicui, così che a ragione è stato affermato che Aldo Perroncito nell'arduo compito di continuare degnamente l'opera scientifica di Camillo Golgi, già a quest'ora era pienamente riuscito.

Fra le ricerche personali di quest'ultimo periodo primeggiano per importanza quelle sul fegato. Riuscito dopo molti tentativi ad elaborare prima un metodo per escludere quasi completamente il fegato dalla circolazione mediante una anastomosi della porta colla cava con speciali modalità, poscia un procedimento operatorio che permette la esportazione totale dell'organo nel cane, Egli aveva potuto compiere sugli animali privati del fegato una serie di osservazioni di importanza fondamentale per la conoscenza delle funzioni di quest'organo in condizioni normali e patologiche. Queste ricerche erano in pieno sviluppo e promettevano larga messe di nuovi, preziosi risultati; or sono pochi mesi Egli già infermo con calda parola ne comunicava alcuni risultati alla Società Medica di Pavia accennando tutto un vasto programma di lavoro ulteriore!

Arrivato ancora giovane al vertice della carriera, a capo di un Istituto scientifico di fama mondiale, circondato da una scuola piena di sicure promesse, confortato dal riconoscimento universale del suo valore scientifico, chiamato a far parte di diversi alti consessi, nei quali la sua eloquenza limpida e precisa ed il giudizio sereno gli avevano acquistato rispetto ed autorità, l'avvenire gli si apriva davanti pieno di luminose promesse quando un crudele destino lo ha abbattuto strappando alla famiglia un padre amorosissimo, alla Scienza un Maestro, alla Patria un cittadino illuminato ed insigne.

E. VERAZZI.

FERNAND WIDAL

(1862-1929).

Ancora nel pieno fervore della sua attività di studioso, all'età di 67 anni, quasi improvvisamente F. WIDAL si è spento.

L'opera di quest'uomo, che, per consenso universale, aveva meritato di essere posto fra le più grandi illustrazioni mediche di tutto il mondo, domina la medicina contemporanea. Poche sono le branche della patologia umana, dove egli non abbia lasciato la sua impronta e che, per il suo contributo, non abbiano progredito.

Quand'ancora non era possibile ammettere che il solo streptococco fosse in causa nell'eresipela, nella febbre puerperale, nelle ferite infette, Widal stabiliva definitivamente nella sua tesi « Etude sur l'infection puérperale, la phlegmasia alba dolens et l'érysipèle » che queste affezioni, malgrado la loro diversità, avevano fra loro « un air de famille » dovuta al fatto che tutte e tre erano determinate dallo streptococco.

La scoperta della serodiagnosi del tifo fu la coronazione completa dei suoi pazienti studi di batteriologia, iniziati da molto tempo prima con Chantemesse. La sua prima comunicazione fatta alla Société Médicale des Hôpitaux, il 26 giugno 1896, lasciò molti degli uditori alquanto perplessi, ed alcuni perfino giunsero a mettere in dubbio le sue affermazioni.

Egli allora continuò le sue ricerche, ottenendo ancora piena conferma dei suoi precedenti risultati e riuscì anzi a stabilire con Sicard un metodo di misurazione del fenomeno di agglutinazione, di rigore assoluto, per la diagnosi di febbre tifoide.

Le specificità del bacillo di Eberth in tal modo veniva pienamente confermata.

I primi lavori di Widal sugli anticorpi presenti nel sangue dei malati, lo orientarono subito verso una serie di ricerche sugli umori dell'organismo. Egli infatti nel 1900 dimostrava l'importanza dell'esame citologico delle sierosità pleuriche e la facilità con tal mezzo di poter distinguere tra le pleuriti tubercolari, le pleuriti settiche e le pleuriti meccaniche dei cardiaci e dei brightici.

Dopo poco Widal abborda il problema delle nefriti, e dopo pazienti ricerche cliniche e sperimentali riesce a dimostrare che fra le sostanze insufficientemente eliminate dall'emuntorio renale nei nefritici, il cloruro di sodio è il solo responsabile della produzione degli edemi. Ma mentre egli cercava di individuare le turbe attribuibili alla ritenzione clorurata e quelle alla ritenzione azotata, constatava nel quadro clinico dei nefritici dei sintomi di altra natura, dei sintomi cioè imputabili all'ipertensione. Con queste tre grandi sindromi

egli aveva riassunto tutta la semeiologia delle nefriti.

Dal 1913 in poi, Widal volge i suoi studi ai fenomeni umorali provocati dall'anafilassi, e riesce a dimostrare che lo choch anafilattico dei soggetti sensibilizzati alle proteine non rappresenta che una forma particolare di un processo assai più generale, potendo realizzarsi anche in individui nuovi con l'introduzione brutale nell'organismo di albumine eterogenee. In queste circostanze si può mettere in evidenza la crisi vascolo-sanguigna, dapprima considerata come propria dell'anafilassi, e che egli propone di chiamare crisi emoclasica.

Tali sono fra i lavori di Widal quelli che portano con più evidenza l'impronta del suo grande genio e della sua instancabile opera di ricercatore, ma molti ancora egli ne produsse sia solo che in collaborazione con Nobecourt, Dielafoy, Abrami, Pasteur, Vallery-Radot.

Widal possedeva il raro privilegio di unire le qualità dell'uomo di scienza, del ricercatore scrupoloso e dell'insegnante di un talento eccezionale.

Alle sue lezioni, che improvvisava sempre *ex abrupto*, accorrevano, oltre numerosi discepoli, una quantità enorme di studiosi da tutte le parti del mondo ed ognuno rimaneva colpito dell'eloquenza di Widal, della scienza con la quale sapeva mettere in evidenza e presentare sotto diversi aspetti le idee o i fatti che desiderava rimanessero nella memoria degli uditori.

Widal, senza averle mai sollecitate, si vide insignito delle più alte onorificenze. Membro dell'Accademia di Medicina, membro dell'Accademia delle Scienze, e Grand'Ufficiale della Legione d'Onore, la sua vita fu piena di trionfi. Il Reale Collegio Medico di Londra, due anni fa, gli aveva decretato una grande medaglia d'oro, riconoscendo in lui il continuatore d'oltre Manica, di Richard Bright, il nome più glorioso della medicina Britannica.

Ciò nonostante egli era rimasto sempre il più semplice e il più naturale degli uomini, dividendo la propria esistenza fra la scienza e la sua famiglia.

Pochi uomini hanno saputo esercitare sui loro contemporanei un'influenza così profonda e ricevere un'estimazione così grande, come Fernand Widal.

Le sue esequie, che egli aveva desiderato semplici e senza carattere ufficiale, sono state, per lo slancio spontaneo dei suoi ammiratori, una gloriosa manifestazione di rispetto e di simpatia.

A. P.

È morto il Nestore dei dermatologi tedeschi, P. G. UNNA. Ne daremo un cenno biografico in un prossimo numero.

Con ENRICO MORSELLI dilegua una delle più brillanti menti italiane dell'ultimo cinquantennio. Dell'illustre psichiatra e pensatore diremo ampiamente in un prossimo numero.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVI Roma, 4 Marzo 1929 Num. 9

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LEZIONI.

La cura della colelitiasi deve essere medica o chirurgica? (1).

Prof. D. TADDEI
Direttore della Clinica Chirurgica Generale della R. Università di Pisa.

Una questione sempre controversa ed ancora discussa fra medici e chirurghi è il trattamento più conveniente della calcolosi biliare. Io voglio in questa lezione esprimervi la mia opinione al riguardo. Essa è frutto della mia ormai lunga esperienza personale su centinaia e centinaia di casi osservati, operati e non operati.

Voi sentirete forse da medici internisti esprimere opinioni diverse da quelle, che sto per esporvi e vedrete seguire criteri, inaccettabili da una critica obbiettiva.

La mentalità di molti medici su questa come su molte altre malattie, specie di quelle che stanno al confine tra Medicina e Chirurgia non coincide spesso con quella dei chirurghi, più materiata di esperienza anatomica, anatomo-patologica, fatta sulle osservazioni dirette in occasione di interventi chirurgici e raffrontata ai fenomeni clinici. Questa mentalità chirurgica che persegue dei fini pratici e dei risultati precisi, che si modifica progressivamente sulla constatazione diretta degli errori e dei successi, che non si perde in discussioni e non si cristallizza in teorie ed ipotesi, mi porta a conclusioni, che forse non saranno accettate da chi imbevuto di idee tradizionali rifugge a priori da ogni intervento chirurgico.

(1) Lezione clinica tenuta il giorno 16 gennaio 1929, raccolta dal dott. ONOFRIO ANGELELLI, assistente.

I concetti, che sto per esporvi, oltre che basati sull'esperienza personale, utilizzano le idee passate ed i concetti moderni di etiologia, di patogenesi, di fisio-patologia ecc., che sono venuti maturandosi, senza alcuna idea di predominio della chirurgia sulla medicina, senza alcuna prevenzione contro il passato, senza alcuna smania verso la novità, ma cercando obbiettivamente solo il bene del malato, solo i risultati sicuramente utili.

È necessario che anche voi, o giovani, conosciate questi risultati, questi concetti perchè possiate sulla base della vostra futura esperienza ragionare col vostro cervello e decidere come meglio convenga comportarsi di fronte ai frequentissimi casi di calcolosi biliare, che capiteranno alla vostra osservazione.

Alcuni punti fondamentali sono da prendere in considerazione per potere fissare quelli, che possono definirsi pietre miliari nella via della discussione. Più che questioni da risolvere prenderò in considerazione fatti ormai assodati dall'esperienza clinica.

Tali punti sono necessarii per stabilire sulla bilancia della verità, con la coscienza di compiere opera utile o necessaria *se gli individui affetti da calcolosi biliare si debbano operare, oppure debbano essere sottoposti a sole cure mediche*, e, nell'ipotesi che convenga operarli, *se si debbano operare tutti* o *solo alcuni*, e *quando*, e *come*.

In primo luogo di fronte ad ammalati di questo genere, qualunque sia la cura che si creda di istituire o di consigliare e particolarmente poi nell'eventuale caso di un intervento chirurgico, è indispensabile l'assoluta certezza diagnostica.

Se i casi di sindromi tipiche di colelitiasi semplice o complicata, nei quali la diagnosi è facile, sono in grande numero, non sono pochi però anche quelli, nei quali la diagnosi è difficile o impossibile.

Vi ho fatto vedere ormai numerosi malati con sindrome tipica o frusta di calcolosi biliare, e quasi tutti voi che avete assistito all'intervento chirurgico poi praticato, nei casi, nei quali lo credemmo opportuno, avete potuto constatare la conferma operatoria delle nostre diagnosi.

In qualche raro caso però la diagnosi di colecistite calcolosa, posta dopo minuti esami e dopo in apparenza esauriente discussione diagnostica, all'intervento può dimostrarsi errata, pure essendo l'intervento utile per cura di eventuali altre affezioni coesistenti.

E poichè tali errori diagnostici sono dimostrativi più di centinaia di casi confermati di diagnosi giusta, credo opportuno riferirvene uno recente, nel quale la diagnosi di colecistite calcolosa mi era sembrata indiscutibile ed invece trovammo un'appendicite (oltre ad una ciste ovarica, che credo non avesse parte nella sintomatologia clinica).

Altri chirurghi avrebbero in questo caso forse estirpata la cistifellea con diagnosi di colecistite non calcolosa (magari trovando qualche lesione (?) microscopica); ma la loro operata non sarebbe guarita. Bisogna saper superare l'amor proprio, confessare l'errore, e cercare quali cause lo abbiano provocato per evitarlo se è possibile in avvenire. Occorre convincersi che non è con una etichetta esterna che si può cambiare il contenuto di un recipiente.

Vi leggo la storia clinica. Molti di voi hanno del resto vista la paziente prima, durante e dopo l'intervento.

G. T., di anni 43, donna di casa, maritata con 8 figli, nata e domiciliata a Pisa. Data d'ingresso nella clinica il 12 dicembre 1928.

Le sofferenze della malata risalgono a circa 10 anni fa. Si iniziarono dopo circa un mese da un parto eutocico con intensi dolori colici, che insorti improvvisamente, senza un apprezzabile motivo e indipendenti dall'ingestione del cibo, in corrispondenza dell'ipocondrio destro si irradiavano superiormente verso la mammella dello stesso lato e posteriormente all'emitorace corrispondente, alla spalla ed a cintura sull'addome all'altezza della regione medio-gastrica. Nessuna irradiazione dolorifica alla fossa iliaca di destra. Senso di nausea, non vomito: Febbre a 38°. Il sanitario consultato fece diagnosi di colica senza precisarne la natura e consigliò l'ingresso in ospedale. La malata vi si ricoverò immediatamente. I dolori nei giorni successivi a poco per volta diminuirono di intensità, la febbre dopo pochi giorni scomparve. La paziente dice di aver notato 5 giorni dopo l'inizio della fenomenologia che erano divenute un po' gialle le sclere. Le orine erano anch'esse giallo-scure. Non furono notate alterazioni nel colorito delle feci. Della funzionalità dell'alvo non si hanno notizie precise; Scarsa secrezione lattea. Dopo circa 15 giorni la malata abbandonò il letto; i disturbi erano quasi totalmente scomparsi, residuò solamente un senso di peso in corrispondenza dell'ipocondrio destro, che di quando in quando si trasformava in lieve dolore. Dal sanitario le furono ordinate delle cure per bocca, delle quali non si possono avere notizie precise. Fu dimessa dall'ospedale dopo due mesi circa; a casa continuò le cure prescritte e stette sempre riguardata nel mangiare. Le sclere tornarono di colorito normale dopo pochi giorni. In questo periodo nessun disturbo di stomaco, non bruciore, non dolore, neanche dopo ingestione di roba acida.

D'allora fino adesso la paziente ha sempre avuto saltuariamene ogni 3-4 mesi questi fatti

colici più o meno intensi, accompagnati sempre da febbre, che durava 1-2 giorni e sempre con la stessa fenomenologia.

In questi ultimi tre mesi però le coliche si sono fatte più frequenti: in media una volta al mese.

Circa un mese fa la malata ha cominciato ad avvertire anche lievi dolori in corrispondenza della regione epigastrica dopo l'ingestione di cibo pesante; la roba acida però non esagerava le sofferenze. Mai vomito.

Le sclere sarebbero divenute gialle solamente nella prima colica.

La malata ha sempre preso dell'olio d'oliva per bocca. Essa ha aggiunto che diverse volte dopo le coliche ha notato nelle feci dei corpicciattoli duri della forma di un piccolo nocciolo d'oliva, che parevano pietre.

Alvo abitualmente stittico; mai diarrea; mai catarri nelle feci; mai melena; mai ematemesi. Ultima colica una settimana fa con i soliti caratteri. La febbre durò un solo giorno.

Il marito soffre di nefrite cronica. Niente altro di notevole.

La donna ha sofferto due volte di dolori generalizzati a tutto il corpo, accompagnati da febbre e che sono durati circa 20 giorni per volta. Fu pensato al reumatismo; 14 gravidanze, tutte e quattordici a termine. Otto figli sono vivi. Gli altri sono morti in tenera età per malattie imprecisabili. Mestruazioni sempre regolari per quantità e intercorrenza. Scarse perdite bianche. Ultima mestruazione 10 giorni fa.

Esame delle orine: colorito giallo-chiaro, limpide. Reazione acida. Albumina assente. Glucosio assente. Urea 21,76 0/00. Reazioni per la presenza di pigmenti biliari: Metodo di Gmelin modificato da Rosenbach negativa: Prova di Marechal negativa.

L'esame radioscopico del tubo gastro-enterico non rivela niente di notevole allo stomaco ed all'intestino.

La radiografia della cistifellea precedentemente e dopo l'ingestione di tetra-bromo-fenolftaleina dà reperto incerto, pare però di vedere l'ombra della cistifellea ingrandita.

Come avete sentito dunque da questa anamnesi, in questa malata esistevano dati che ci autorizzavano, mi sembrà, a fare diagnosi di colecistite calcolosa e non di altra affezione.

In essa il processo morboso era insorto subito dopo un parto, evenienza, come sapete, frequentissima nella colecistite. Le coliche nel caso riferitovi avevano avuto caratteri, che mi sembrano quelli tipici delle coliche biliari, con l'intensità e la topografia delle irradiazioni dei dolori insorti all'ipocondrio destro e irradiantisi verso la base dell'emitorace corrispondente, ed alla spalla dello stesso lato.

I caratteri delle elevazioni termiche, l'ittero fugace, le orine itteriche, il tipo costituzionale della malata deponevano per una lesione colecistica. Perfino la radiografia parve positiva.

L'esame obbiettivo poi aveva mostrato dolore localizzato nel punto colecistico e solo in questo; esisteva netto il sintoma di Murphy. L'esame faceva escludere una lesione gastrica, renale ed anche colica od appendicolare (assenza di dolore locale).

I reperti operatori di questo caso non ci hanno permesso di stabilire la ragione del nostro errore diagnostico: credo che in casi simili a questo l'errore non sia evitabile.

Trascrivo dalla storia clinica i dati ed i reperti dell'intervento chirurgico.

18 dicembre 1928. Morfioeteronarcosi gr. 200, m' 45. Laparotomia transrettale dall'arco costale all'ombelico, che viene prolungata, nel corso dell'intervento, fino a due dita sopra la bisiliaca. Il fegato è grande, di aspetto e consistenza normale, la cistifellea all'ispezione e palpazione appare normale; per meglio esaminarla si seziona un legamento cistico-colico, che viene poi suturato a parte, e peritoneizzato sia sulla cistifellea sia sul mesocolon trasverso da cui dipende. L'esame dello stomaco e del duodeno è negativo, negativo l'esame dell'intestino, del colon; l'ascendente è corto, bene spiegabile, il cieco abbastanza mobile. L'appendice invece presenta una incurvatura ad S con anse molto ravvicinate presso la base, la punta è ingrossata ed iperemica; si crede opportuno praticare l'appendicectomia con la tecnica abituale.

L'esame dei genitali fa trovare una ciste dell'ovaio di sinistra, grossa come un cedro. Aiutandosi con la posizione di Trendelemburg e con un divaricatore di Doyen applicato nell'angolo inferiore della ferita, si riesce a praticare l'estirpazione della ciste e la legatura del peduncolo. Sutura a tre strati della parete addominale.

La malata esce il 12 gennaio 1929 guarita.

La diagnosi di colecistite calcolosa in certi casi è dunque difficilissima, direi quasi impossibile a farsi con i mezzi semeiologici, che abbiamo attualmente a disposizione.

Molti malati come questa, di cui vi ho parlato, ci raccontano perfino che hanno emessi calcoli con le feci. Se non vedete voi i calcoli sicuri, faccettati ecc., non date che mediocre importanza a questo dato, specialmente se l'ammalato fa cura con olio di oliva. Tali pseudo-calcoli son dovuti a processi di saponificazione delle feci dei grassi e della bile, come avrò occasione di dire fra poco.

Così si dica dei reperti radiografici: talora capita di vedere delle false ombre, che possono essere interpretate come ombre della cistifellea, come calcoli e che invece calcoli non sono. Si è cercato in questi ultimi tempi di ottenere più sicuri reperti radiografici mediante la somministrazione in questi malati di tetra-iodo- o tetra-bromo-fenoftaleina, sostanza che soltanto della cistifellea metterebbe meglio in evidenza i caratteri; a noi però questa sostanza non ha dato finora risultati convincenti.

Così si dica del mezzo ingannatore di ricerca colla sonda duodenale di Eichorn e lo studio

della bile (Meltzer e Auer) dopo immissione nel duodeno di solfato di magnesia o di peptone.

Non è il caso per gli scopi del nostro studio di oggi di insistere sui mezzi diagnostici e sulla diagnostica differenziale da tutti i processi morbosi, con i quali la colecistite calcolosa può essere confusa.

Su questi punti vi ho già intrattenuto in altre occasioni. Credo opportuno solo ricordare che gli errori più comuni, si fanno nella differenziazione della colecistite calcolosa con l'ulcera duodenale, con l'ulcera gastrica, con le coliti, con le appendiciti, con le affezioni dolorose renali.

Nella questione del trattamento della calcolosi biliare perciò è necessario tener presente questo primo caposaldo: dato che si ritenga utile l'intervento chirurgico, questo deve essere solo ammesso (a parte i casi come quello riferito di errore inevitabile) nei casi di diagnosi assolutamente certa.

È questa una prima limitazione.

Un secondo punto da prendere in considerazione per stabilire la convenienza o l'utilità della estirpazione dei calcoli come cura radicale e quello, che si riferisce alla patogenesi della calcolosi biliare. Voi sapete che due fondamentalmente sono le teorie o i gruppi di teorie invocati per spiegare la produzione dei calcoli biliari: una teoria o un gruppo di teorie li mette in rapporto ad una alterazione del ricambio, ad una condizione discrasica. Siano condizioni di alterazioni dell'equilibrio colloidale della colesterina, siano in rapporto con la ipercolesterinemia, siano condizioni di anafilassi, si tratta di un gruppo di teorie, che prendono insomma in considerazione condizioni umorali.

La seconda teoria o gruppo di teorie mette in rapporto la precipitazione dei sali biliari con fatti infettivi.

La prima è basata sul fatto che sono stati riscontrati dei calcoli biliari asettici e che spesso in questi malati coesiste ipercolesterinemia nel sangue che si tratta di individui con particolari costituzioni (donne grasse) o con particolari momenti di modificazioni umorali (gravidanza, allattamento) ecc.; la seconda sul fatto che frequentemente sono stati trovati nel centro dei calcoli dei germi (ad es. bacillo del tifo, b. coli) che è logico ritenere che rappresentino il nucleo primitivo intorno al quale poi si è costituito il calcolo.

Senza entrare nella discussione teorica su questi punti, che forse contengono entrambi fondamenti di verità, dal punto di vista pratico è certo che la clinica, i reperti anatomopatologici e laparotomici, i risultati batteriologici offrono una sicura conclusione che la maggiore importanza nel determinismo clinico della fenomenologia della calcolosi biliare ha il fattore infettivo. Gli attacchi febbrili, i fenomeni peritonitici che accompagnano i fatti dolorosi ecc. dal punto di vista clinico, i numerosi esami praticati in cistifellee estirpate hanno messo in evidenza sempre lesioni che dalla gangrena o dalla suppurazione, possono arrivare fino a minute lesioni istologiche di natura flogistica.

Nei casi chirurgicamente trattati, nelle cistifellee che abitualmente esportiamo i fatti infiammatori sono costanti e per lo più di notevole intensità. Nei casi, nei quali questi mancano, la diagnosi è spesso errata e l'intervento dimostra l'esistenza di altre lesioni, che spiegano la sintomatologia clinica.

Non esistono dati sicuri per potere asserire se la colica biliare sia espressione di migrazione dei calcoli o di processi infettivi: certo è però che la frequenza grandissima dei fatti peritonitici, pericolecistici nei reperti anatomopatologici, mi fa credere che il fattore migrazione sia, se non eccezionale, raro, mentre il rapporto della colica con l'acutizzazione di fatti infettivi è forse costante.

In conclusione dunque, sia che la colelitiasi riconosca la propria causa in alterazioni umorali, sia che riconosca una origine infettiva, è indubbia l'importanza di quest'ultimo fattore, sia esso primitivo, sia esso secondario, dovuto cioè alla presenza dei calcoli, al ristagno biliare ecc. per la determinazione della fenomenologia clinica, che è quella per la quale i malati vengono a noi e che è la causa delle lesioni corrispondenti.

È nota la frequenza di calcoli biliari asintomatici, come si osservano in numerosissime necroscopie specie di donne che non hanno mai accusato sintomatologia gastrica o epatica, anche modica, anche frusta. È questo un altro argomento per ritenere che non è tanto la presenza di calcoli in una cistifellea che ha valore quanto (il fenomeno migrazione può valere in qualche caso) il fattore infettivo, sia pure, ripeto, secondario, che ha importanza clinica.

Stando così le cose ne viene il corollario che l'opera chirurgica è diretta più che all'estirpazione di calcoli alla cura di organi in preda a processi infettivi più o meno gravi, con alterazioni più o meno profonde, che ne disturbano la funzione e la cui evoluzione è impossibile precisare.

Stabilito questo punto si deve porre la domanda: esiste un trattamento medico radicale della calcolosi biliare?

Questo è l'altro caposaldo, che bisogna prendere in considerazione per poter arrivare ad una obbiettiva conclusione sulla più conveniente condotta da seguire di fronte a questi ammalati. Credo che si possa affermare in modo assoluto che un trattamento medico radicale non esiste, nel senso che non tanto non esistono mezzi che valgono ad impedire la formazione dei calcoli biliari, quanto che mancano i mezzi, che servono a disciogliere i calcoli già formati.

Questo non vuol dire che alcune cure mediche non possano essere razionali e non abbiano un notevole valore sia pure palliativo, che talora può portare a latenze o a tregue anche prolungate o definitive.

Con le cure mediche possiamo mitigare o troncare i fenomeni dolorosi, rendere talora le coliche meno intense, e più rare. Io credo che (a parte l'uso dei sedativi nel momento delle coliche) gli altri mezzi servano solo a mitigare l'intensità del fenomeno infettivo, che, tolti i casi meno frequenti di calcolosi dell'epatico e del coledoco, si svolge quasi sempre nella colecisté.

Se anche non si può escludere che i calcoli possano formarsi nelle alte vie biliari, è certo che la calcolosi della cistifellea si può dire costante, se forse non sempre primitiva, ed è facile anche comprendere il fatto considerando che quivi esistono le condizioni perchè più facilmente si formino (addensamento della bile, ristagno, desquamazione epiteliale più intensa, ecc.).

Con la cura medica, colagoga, noi potremo ridurre al minimum il ristagno di bile nella cistifellea, diminuire la probabilità che ai calcoli già esistenti se ne aggiungano altri di nuova formazione.

Con la cura medica noi potremo favorire la latenza della calcolosi, riducendo gli effetti dell'infezione esercitando sempre un'azione colagoga o di modificazione della composizione della bile, più che usando mezzi cosidetti antisettici aventi cioè azione diretta sugli agenti infettivi. Si deve credere poco al valore di una azione antisettica nel senso che certe sostanze agiscano solo uccidendo o diminuendo la virulenza dei germi, tenuto conto della insufficienza che tutti gli antisettici hanno sui germi indovati nei tessuti.

Io ho provato tutti i medicamenti consigliati dal rabarbaro al boldo e debbo dire che, se ho avuto risultati più convincenti dal salicilato di soda per os, alla dose di 2-3 gr. al giorno, non credo che perciò si tratti di una cura antisettica dovuta all'acido salicilico, ma di una particolare azione colagoga, che del resto esperienze farmacologiche, sulle quali non è qui il caso di fermarmi, hanno messo in evidenza. Il boldo, oggi particolarmente in voga, non mi ha mai fornito un successo.

Lo stesso dicasi dell'uroformina ecc., in questi ultimi tempi consigliata, dell'urotropina ecc., che secondo la mia esperienza non danno migliori risultati del salicilato.

La cura medica è importantissima nel momento della colica, nei periodi febbrili ecc. Il riposo assoluto, la dieta, la sospensione delle purghe, l'applicazione locale calda o fredda, l'uso della morfina e succedanei, della belladonna ecc., sono importantissimi e non sostituibili da altre cure.

La cura medica ha altri compiti importanti: mantenere l'alvo ben funzionante non con purghe forti, ma con piccoli clisteri (glicerina, camomilla) o con la somministrazione di olio di vasellina, ecc. Se esiste febbre, con le applicazioni di ghiaccio sull'ipocondrio, con le applicazioni calde successivamente alla scomparsa della febbre, si può favorire il riassorbimento degli essudati; Passato il periodo acuto hanno valore la dieta adatta, il regime igienico e di vita.

I varî farmaci (alcalini, cloroformio, ecc.) che in vitro sciolgono la colesterina e che sono consigliati per una ipotetica disgregazione dei calcoli quando siano introdotti nell'organismo, sono espressione di una puerilità di concezione, che parrebbe impossibile trovarla accettata da menti superiori di medici intelligenti, che pure ben sanno le differenze tra una prova in vitro e l'effetto nell'organismo.

L'eliminazione dei calcoli in seguito a cure mediche non rappresenta un sintoma di guarigione. I corpicciattoli duri spesso emessi con le feci da questi pazienti, specie se fanno cure di olio di oliva, non rappresentano neppure calcoli, come vi ho già detto, ma non sono che effetti di processi di saponificazione. Basta esaminarli accuratamente per convincersene.

Se effettivamente in qualche caso sono stati emessi con le feci dei veri calcoli biliari (piccoli, di solito faccettati, sicuro indice della loro molteplicità) ho sempre, nelle cistifellee poi esportate, trovato altri numerosi calcoli, talora a centinaia. L'eliminazione di qualche grosso calcolo con le feci si può effettuare solamente quando o sia avvenuta una distensione del coledoco e della papilla, che non possono lasciare indenne la struttura delle vie biliari intraepatiche o del parenchima o più facilmente per il tramite di una fistola colecisto-duodenale o colecisto-colica, secondaria ad aderenza della cistifellea con questi visceri e successiva perforazione. Ed ormai, nella letteratura sono stati descritti numerosi casi di occlusione intestinale da calcoli biliari. Le occlu-

sioni in questi casi avvengono generalmente in corrispondenza della valvola ileo-cecale, dove fermatosi il calcolo vi si sovrappongono dei materiali intestinali fino a far loro assumere un volume capace di determinare l'ileo.

Il paziente medicalmente curato ed apparentemente guarito è un individuo, sul quale pende la spada di Damocle, rappresentata dalla presenza dei calcoli, che solo (allo stato attuale) possono essere eliminati con l'estirpazione.

Ma sulla questione della cura medica e chirurgica della calcolosi biliare altri punti sono da considerare.

Medici e chirurghi (quest'ultimi loro malgrado) sono d'accordo che bisogna operare i calcolosi complicati, che solo dalla cura chirurgica possono avere sollievo o speranza di vita, ad es. quelli con coliche subentranti, quelli con fenomenologia dispeptica grave che non cede alle cure mediche, con empiemi della cistifellea, con pericolecistiti suppurative, con calcolosi del coledoco, con peritonite, conseguente a perforazione, o a diffusione da pericolecistite, con ascessi epatici, subfrenici ecc., con occlusione intestinale da calcoli biliari, con fistola colecisto-enterica ecc.

Ma il chirurgo, che pure deve accettare questi interventi, sui quali grava una forte mortalità, che rendono complessa la tecnica e difficile il trattamento, ha il dovere di domandare se il rischio che corrono questi malati o la morte che ne può seguire è da mettere a carico della cura chirurgica della calcolosi biliare o non piuttosto dell'attesa, alla quale le troppo prolungate ed inutili cure mediche hanno portato.

Tutti gli epatici in genere sono individui di scarse risorse organiche e di scarsa resistenza di fronte all'intervento chirurgico.

Un altro punto fondamentale che la moderna chirurgia ha confermato è che, oltre che in rapporto alle condizioni locali del processo morboso e con le condizioni generali dei malati, la mortalità negli epatici è in strettissimo rapporto con l'età.

In individui al di sotto di 35-40 anni la mortalità è molto bassa; oltre i 40 anni la percentuale di mortalità sale rapidamente; ogni anno che passa diminuiscono le probabilità di successo. Si passa in proporzione da 1 a 5 al di là di 40 anni, da 1 a 15 al di là di 50 anni.

Perciò bisogna che i malati, se cura chirurgica si deve consigliare, arrivino possibilmente al disotto di queste età e non deve essere prolungata l'attesa fino a quando le condizioni del fegato e dell'organismo siano tali da rendere aleatorio ogni genere di cura.

Una certa mortalità si ha pure nelle donne obese, nè in queste vale a migliorare le condizioni di resistenza una cura dimagrante, precedentemente all'atto operativo, come è consigliato da qualche chirurgo. È meglio che anche molte, se non tutte, queste malate siano sottoposte a quello che possono dare le cure mediche e lasciarle al loro destino, piuttosto che sottoporle al rischio notevole che porta con sè l'intervento chirurgico.

Sono poi evidentemente contro-indicazione di ogni intervento chirurgico: coesistenti lesioni di altri apparecchi ed organi: lesioni vascolari (arteriosclerosi), renali, cardiache, polmonari e naturalmente le gravi lesioni epatiche. Perciò il chirurgo, che vuol studiare serenamente la convenienza di operare o no, deve istituire in questi malati, più che in ogni altro, esami completi delle varie funzioni, cardiovascolare, polmonare, epatica, renale; non bisogna dimenticare che spesso essi sono anche dei pancreatitici cronici.

Gli individui dunque, nei quali è secondo me indicata la cura chirurgica sono quelli magri, giovani (al di sotto di 40 anni) da non molto tempo sofferenti e nei quali gli esami clinici mostrano una buona funzionalità organica, uno stato di buona resistenza.

Va tenuto conto anche nello studio delle indicazioni della cura chirurgica più rapida, e definitiva, quella rappresentata dalle condizioni sociali dei pazienti. I ricchi hanno mezzo di sottoporsi a prolungati e costosi regimi dietetici e di vita, impossibili o difficili ad essere seguìti a lungo da individui di bassa condizione sociale.

Per potere dare un giusto giudizio sulla preferenza della cura medica o di quella chirurgica, bisognerebbe poter confrontare le cifre della mortalità chirurgica con quella medica; ma purtroppo mentre della prima abbiamo numerose, chiare, precise statistiche, per la medica queste mancano ed è forse impossibile averle. Alcuni chirurghi sostengono che la mortalità medica sia maggiore o tutt'al più uguale a quella chirurgica. È certo anche che moltissime morti chirurgiche non si avrebbero, se il paziente fosse arrivato in tempo al tavolo operatorio.

Alcuni chirurghi hanno sostenuto che come si tratta l'appendicite (ormai tranne casi speciali) a freddo, così si dovrebbe trattare la colecistite. Anzi per questi chirurghi sarebbe questione solo di educazione del pubblico e dei medici, che ormai in fatto di appendicite, sono diventati interventisti. Non si può, io credo, considerare senz'altro l'appendicitico alla stessa stregua di un colecistitico. Non è paragonabile la virulenza dei germi delle ap-

pendiciti con quelli delle colecistiti. Le complicanze gravi nelle colecistiti come la peritonite diffusa o generale, sono molto più rare; è rara la perforazione della cistifellea rispetto a quella appendicolare. Le colecistiti possono non di rado restare silenti per lungo tempo clinicamente; questo fatto si verifica più raramente nelle appendiciti. Perciò il paragone non ha grande valore.

L'educazione del pubblico e del medico va fatta invece sulla base delle altre considerazioni, che credo di avere esposto con obbiettività, per quanto succintamente finora e di quelle che andrò ancora esponendo.

La chirurgia delle vie biliari deve essere praticata solamente da tecnici particolarmente sperimentati in questo campo di chirurgia, pieno di difficoltà di sorprese e dove la tecnica ha un'importanza grandissima, indipendentemente dalle condizioni locali e generali dei malati e dalla loro età ecc.

Mi pare che un caso molto dimostrativo in proposito sia quello, che ho il piacere di mostrarvi guarito.

Vi riferisco la storia clinica e i dati bioscopici.

Il malato, un uomo di 35 anni, commerciante, si è ricoverato in Clinica il 15 dicembre 1928.

Raccontava la seguente anamnesi: nel settembre 1927 durante la notte fu colpito improvvisamente da dolori molto forti insorti in corrispondenza dell'ipocondrio di destra irradiantisi poi a tutto l'addome. Contemporaneamente vi fu nausea e vomito alimentare. Il sanitario consultato praticò una iniezione di morfina, in seguito alla quale i dolori si attenuarono fino a scomparire quasi completamente nelle prime ore della mattina seguente. Le feci emesse il giorno successivo erano di colorito biancastro; non vi fu però itterizia. Nei giorni seguenti comparve rialzo termico che raggiunse un massimo di 38° e che sparì dopo poche ore dall'insorgenza.

In pochi giorni ogni disturbo scomparve, le feci ripresero il loro colorito normale. Il malato dopo circa 10 giorni si recò per la cura delle acque a Chianciano. Da quest'epoca fino al marzo del 1928 il malato ha sentito solamente qualche volta lievi dolori in corrispondenza dell'ipocondrio destro specialmente 2-3 ore dall'ingestione dei pasti e niente altro degno di rilievo.

Alvo regolare. Non ematemesi. Non melena. Non bruciori di stomaco.

Nel marzo ricomparve improvvisamente il dolore all'ipocondrio destro irradiantesi a tutto l'addome non così vivo come quello avuto nel settembre del 1927, ma più intenso di quelli che saltuariamente avvertiva il malato: insorse anche vomito: lieve rialzo termico: feci scolorate: itterizia. Il sanitario consultato prescrisse dieta bianca e varie medicine, delle quali non si hanno notizie.

Scomparsa la crisi dolorosa, il malato in pochi giorni riprese le sue ordinarie occupazioni; persisteva lieve itterizia; le feci si presentavano a volte di colore normale a volte scolorate. Nell'agosto il paziente tornò di nuovo a Chianciano, vi si trattenne pochi giorni, scomparve l'ittero, le feci tornarono, sembra, di colore normale, vi fu aumento di 6 kg. del peso del corpo e un miglioramento nelle condizioni generali.

Nel settembre però ricomparvero i soliti fenomeni dolorosi intensi, lieve rialzo termico, itterizia, feci scolorate e orine color caffè. Questi fatti durarono fino al mese di ottobre epoca in cui il malato si ricoverò in un ospedale e subì un intervento chirurgico. Fu degente per circa 17 giorni. Nessun miglioramento ricavò dall'intervento; permase la sindrome immutata. Persistendo i fenomeni dolorosi e l'itterizia e il dimagrimento il malato è venuto da noi.

Nell'anamnesi familiare e personale non c'è niente degno di nota.

Esame delle orine: colorito nettamente itterico. Reazione acida. Densità 1011. Urea 10,88 per mille: Albumina lieve opacamento con l'acido acetico: Glucosio assente. Ricerca dei pigmenti biliari col metodo di Marechal e con quello di Gmelin modificato da Rosenbach intensamente positiva.

Nonostante l'intervento chirurgico subìto dal malato, feci diagnosi di colecistite calcolosa, complicata da calcolosi del coledoco.

Con questa diagnosi clinica intervenni il 17 dicembre 1928 in morfio-eteronarcosi. Vi riferisco il reperto operatorio:

Incisione mediana xifo-ombellicale; apertura della guaina del retto di destra. Aperto il ventre la mano introdotta, nonostante le numerose aderenze non riconobbe alcuna speciale durezza da interpretare come neoplastica come aveva affermato di avere trovato il precedente operatore. Prolungai l'incisione dall'ombellico leggermente arcuandola fino alla X costa sull'ascellare anteriore. Incisi il retto di destra e gli altri muscoli della parete e sollevato il lembo mi trovai di fronte ad una massa di aderenze in parte dovuta alla pregressa operazione chirurgica, in parte al processo pericolecistico. La cistifellea è assolutamente sepolta da aderenze che si sezionano progressivamente per via ottusa e col tagliente; si distacca così l'angolo epatico del colon ed un tratto di colon trasverso e di epiploon gastro-colico aderente. Più intime aderenze sono con lo stomaco ed il duodeno; l'isolamento di questi organi riesce più laborioso; si riesce così a mettere in evidenza il margine epatico e la cistifellea piccola dura friabile, entro la quale si palpa un calcolo. Il distacco della cistifellea dal fegato si deve compiere col tagliente, ciò che si fa senza emorragia per l'esistenza di pericolecistite e per la cirrosi del fegato circostante; il fegato presenta un aspetto diffuso di noce moscata sul restante parenchima. Isolata la cistifellea fin verso il collo si determina in vicinanza di questo una lacerazione da cui fuoriesce il calcolo e poco liquido mucoso tinto in giallo: applicato sopra la lacerazione un Klemmer curvo e proseguendo con la trazione all'isolamento del collo della cistifellea ed alla liberazione del duodeno, si riesce ad introdurre un dito dietro al duodeno, si apprezza così un calcolo che con opportune manovre si respinge nella cistifellea. Poichè la palpazione non fa rilevare alcuna altra durezza sia pure sospetta di altri calcoli si ritiene opportuno di limitare l'intervento alla colecistectomia. Legatura duplice del collo della cistifellea; cauterizzazione della mucosa, ulteriore legatura dell'avven-

tizia al di sopra. Applicazione di un drenaggio alla Mikulicz. Sutura a tre strati della parete addominale, la guaina posteriore del retto viene avvicinata con tre punti ad U; il muscolo e la guaina anteriore con punti staccati semplici in catgut. Non si hanno particolari difficoltà nella sutura della parete.

La cistifellea estirpata, che voi qui vedete, è del volume di una susina secca, ha una parete spessa circa tre millimetri, friabile. La mucosa ha un colorito ed aspetto vellutato rosso-bruno. In vicinanza del collo presenta una nicchia ulcerata in cui era incuneato il calcolo della cistifellea, grosso come un grosso cece, sferoidale. Il calcolo, che occludeva il coledoco è piriforme e della grandezza di una piccola oliva, non faccettato.

Il decorso post-operatorio è stato dei più regolari; dopo pochi giorni le feci non si sono più presentate scolorate. L'itterizia nel malato è andata progressivamente sparendo.

Dopo 9 giorni dall'intervento ho rimosso totalmente il drenaggio ed i punti in seta e le agrafes della cute. Per pochi giorni successivamente si è avuta dal tragitto del drenaggio la fuoriuscita di piccola quantità di bile, che poi è sparita totalmente. Attualmente la ferita della breccia corrispondente al drenaggio è ben granuleggiante ed ha bisogno solo di poche altre medicature semplici.

In questo malato voi vedete oltre l'incisione chirurgica da me praticata una cicatrice in rapporto al pregresso intervento chirurgico, e che è immediatamente sottocostale destra e parallela al decorso delle coste stesse. Essa è lunga circa 7 dita trasverse; iniziatasi in prossimità del margine laterale del retto di destra si porta verso l'ipocondrio.

Questo caso vi dimostra chiaramente in primo luogo l'insufficienza della breve incisione sottocostale, che non poteva permettere l'ampio dominio del coledoco.

In questo genere di interventi bisogna avere tecnica precisa che permetta di superare le difficoltà dipendenti dalle aderenze periviscerali che mascherano il campo: bisogna avere una esatta nozione dell'anatomia e dell'anatomia patologica che permetta di seguire la via giusta e non di arrivare ad interpretazioni errate.

Perchè si possa ragionare di convenienza o meno della cura chirurgica o medica voi capite dunque quale grande importanza abbia il fattore: chirurgo, specialmente in quei casi complessi e complicati, che i medici ci inviano, date le difficoltà che spesso si incontrano in questi interventi e data la particolare fragilità di questi malati: la pronta decisione delle vie più opportune da seguire, la sicurezza derivante dall'esperienza e la rapidità di esecuzione sono elementi fondamentali.

Concludendo: la cura medica, pure non potendo avere intenti radicali come la cura chirurgica, ha le sue indicazioni, come la cura chirurgica ha le sue.

Io credo che i calcolosi biliari debbano essere, dal punto di vista delle indicazioni mediche o chirurgiche, distinti in 3 gruppi.

Gruppo I. — Ammalati con diagnosi di certezza, giovani, magri in buone condizioni generali, che hanno provato per un tempo limitato cure mediche riuscite inefficaci, che, se sono andati incontro a complicanze (ittero, febbre ecc.) queste non sono state lasciate ripetere in modo da compromettere lo stato del fegato e le condizioni generali.

Le guarigioni in mani di chirurghi sperimentati sono in questi casi definitive e rapide (importante questo anche per quelli che non possono seguire lunghi regimi e dispendiosi). La mortalità operatoria è minima o nulla.

Se vengono al chirurgo questi malati quando presentano una riacutizzazione del processo morboso con febbre, dolore, vomito, ecc., conviene, come si fa per l'appendicite, aspettare che si raffreddi il processo e intanto praticare cure mediche di attesa per poi eseguire l'intervento a freddo.

La ricerca della leucocitosi nel sangue, che come vi ho già detto in altra occasione ha insieme agli altri segni, tanta importanza nello stabilire l'esistenza, l'intensità e la base di un processo appendicolare, non ha la stessa importanza nelle colecistiti. In queste la leucocitosi non è costante; nelle colecistiti calcolose ad es. da tifo, la leucocitosi spessissimo manca anche se esistono gravi fatti infettivi. Quando invece essa è presente ha anche nella calcolosi naturalmente il suo valore.

Gruppo II. — Appartengono a questo gruppo la massima parte dei malati, che oggi noi dobbiamo operare e nei quali generalmente si tratta di individui con pericolecistite, calcolosi del coledoco, idrope, empiema della cistifellea, lesioni epatiche ecc., che soffrono da anni ed anni e che si rivolgono al chirurgo perchè le coliche hanno assunto caratteri di maggiore gravità e frequenza nonostante le lunghe cure mediche, perchè è sorta qualcuna delle complicanze, che ho sopra elencato. La chirurgia per questi è l'ultima ratio, l'ultimo rifugio, l'ultima speranza.

In questi malati, si capisce, i risultati chirurgici sono meno buoni e per le maggiori difficoltà degli interventi e per le minorate condizioni generali dei malati, specie per l'insufficenza epatica.

Gruppo III. — Vi è infine un terzo gruppo costituito da malati, che non debbono essere operati. Essi sono rappresentati da individui molto grassi, da individui con gravi tare organiche (arteriosclerotici, diabetici, bronchitici, ecc.), da individui che hanno spiccati ed

intensi fenomeni di insufficenza epato-renale ecc., da individui in età avanzata. Per questi malati, che presentano scarsissima resistenza di fronte agli interventi chirurgici, è preferibile la cura medica con tutte le sue deficenze, anche se le condizioni del processo colecistico li facessero ascrivere al I gruppo.

Concludendo dunque bisogna che i medici inviino al chirurgo il più presto possibile gli ammalati appartenenti al I gruppo, i quali potrebbero col minimum di pericolo essere curati e guariti dalla chirurgia, mentre sono oggi invece sottoposti a prolungate cure nel più dei casi non solo inutili ma dannose; che *non* sieno mandati al chirurgo, come oggi si fa, i malati che rientrano in quelli del II gruppo o tanto peggio fra quelli del III gruppo.

Bisogna confessare che oggi il massimo numero dei malati del I gruppo, che noi oggi operiamo con successo, sono quelli che, vista l'inutilità delle cure mediche, lasciano il medico per rivolgersi direttamente al chirurgo o addirittura si rivolgono per primo non al medico, ma al chirurgo.

Molto spesso questi non può rifiutare l'opera sua, specie per i malati del II gruppo; ma egli deve per la definizione delle responsabilità, per l'educazione del medico e del pubblico fare bene apparire a priori che la mortalità eventuale, il pericolo a cui si espone il malato, che si opera a malincuore, non debbono essere messi a carico della chirurgia.

Alcune parole mi sembrano infine necessarie relativamente ad alcune nozioni generali di tecnica, che anche il medico deve conoscere.

Nella chirurgia biliare vanno proscritte le incisioni economiche. Se si deve aggredire la cistifellea conviene praticare ampie incisioni longitudinali transrettali o pararettali eventualmente ampliate, se c'è bisogno, durante l'intervento.

Io da diverso tempo non seziono mai il retto, perchè è sufficente il prolungamento inferiore della breccia laparotomica dall'arco costale magari quasi alla bisiliaca.

Se si deve aggredire il coledoco invece sono necessarie le incisioni mediane longitudinali ampliate inferiormente o lateralmente con incisioni trasversali, oblique (a bajonetta) ecc., aggiunte sul retto.

Fra le varie incisioni mi sembra preferibile quella ultimamente consigliata da Kehr (Bogenschnitt): incisione xifo-ombelicale, che poi si porta arcuandosi fino alla X costa sull'ascellare anteriore.

Una volta aperto il ventre con una di queste incisioni il chirurgo può comportarsi di fronte ad una colecistite calcolosa in maniera diversa.

Alcuni pochi chirurghi praticano la incisione della parete della cistifellea, lo svuotamento dei calcoli e la successiva sutura. Altri consigliano la colecistostomia, altri la colecistectomia. Io sono favorevole a quest'ultima e molti di voi avranno certamente visto che quasi sempre io pratico la colecistectomia. Non mi è mai capitato di essere impossibilitato a praticarla per difficoltà tecniche.

La incisione e la sutura della parete della cistifellea rappresenterebbe il trattamento veramente ideale, se i calcoli fossero corpi estranei contenuti in un organo non alterato.

Le cistifellee, che asportiamo, presentano le pareti notevolmente alterate da decubiti, da ulcere, da intensi processi infettivi, ecc.

Gli organi asportati in tal caso sono più che inutili dannosi. Non si possono confrontare le conseguenze fisiopatologiche sperimentali di esportazione di cistifellee sane, con queste talora gravissimamente alterate.

La colecistostomia ha anch'essa scarse indicazioni. Generalmente la cistifellea calcolosa è retratta, perciò gli stiramenti per la sua fissazione alla parete addominale, possono essere causa dei dolori successivi. Non è raro vedere alla stomia residuare una fistola. Tra le pieghe della mucosa possono residuare dei piccoli calcoli che possono determinare la continuazione dei fatti clinici e favorire il mantenimento di fatti infettivi. La parete lesa può favorire la formazione di nuovi calcoli. Le infezioni, che anche dall'esterno possono aggiungersi possono favorire l'insorgenza di processi angiocolitici ecc. La mortalità che si ha con le colecistostomie è d'altra parte press'a poco la stessa di quella delle colecistectomie. Perciò solo eccezionalmente, di fronte ad impossibilità tecniche di praticare la colecistectomia, si può ricorrere alla stomia.

È stato obbiettato che con la ectomia noi priviamo l'organismo di un organo importante per la composizione e l'emissione della bile. Ciò è giusto, ma non bisogna scordarsi che quest'organo non esplica più la sua funzione come normalmente quando è leso e costituisce un focolaio di infezione.

Negli individui colecistectomizzati non si osservano generalmente turbe gastro-enteriche. Se è nella cistifellea che si formano generalmente i calcoli, come è certo almeno nella grande maggioranza dei casi, noi asportandola eliminiamo la possibilità di recidiva.

Si è obbiettato che, praticando le ectomie il moncone del cistico tende a dilatarsi e in esso può soffermarsi la bile, riassumendo così esso quasi la funzione della cistifellea. Ciò è stato sperimentalmente dimostrato e si potrebbe a

tutta prima ritenere benefica questa neofunzione del moncone del cistico, che verrebbe così a sostituire un organo mancante. Se teniamo presente però che quasi sempre il cistico non è sano, ma anch'esso in preda al processo infettivo sembra logica la conclusione che nell'intervento conviene asportare quanto più è possibile di questo condotto, proprio fino nella confluenza epato-cistico-coledoco.

Finalmente vorrei darvi qualche cenno sulla esplorazione, che il chirurgo deve praticare in questi interventi sulle grandi vie biliari.

È un altro punto importantissimo. L'esplorazione delle vie biliari deve essere metodica, sicura e completa sempre, anche quando clinicamente e bioscopicamente noi crediamo di essere certi che si tratta solamente di una calcolosi della cistifellea. Bisogna tutte le volte palpare metodicamente, progressivamente le vie biliari, seguire il coledoco fino nel duodeno con palpazione bimanuale, con il dito indice della mano sinistra nel forame di Winslow e l'altra mano anteriormente.

Se l'esame palpatorio lascia qualche dubbio è indispensabile assicurarci con punture, con incisioni, sondaggi, ecc.

L'altra obbiezione, che viene fatta alla cura chirurgica, oltre al pericolo che espone i malati, è quella che talora non è radicale. Effettivamente qualche volta nonostante tutte le precauzioni e l'esperienza del chirurgo più provetto può capitare che residuino inestirpati dei calcoli nei canali biliari extraepatici. Per impedire questa continuazione di processo è necessario che chi opera sappia che non è mai troppa la meticolosità della esplorazione delle vie biliari in ogni caso.

Altre rare volte può succedere che gli ammalati dopo l'intervento presentino di nuovo fatti dolorosi ipocondriaci. In questi casi si è pensato a recidiva del processo cioè alla nuova formazione di calcoli, mentre più spesso i fenomeni sono imputabili o alle aderenze spesso inevitabili in rapporto all'intervento praticato o a calcoli preesistenti residuati come ho già detto, nonostante il più accurato esame, o al risveglio di processi angiocolitici (quando naturalmente oltre il dolore, la febbre e lo stato generale depongono per questa eventualità).

In questi interventi sarebbe opportuno eliminare il drenaggio, che facilita la formazione di aderenze e, quando questo è possibile, lo pratico abitualmente.

Ma se voi pensate che spessissimo dal letto epatico (fossetta cistica), anche avendo suturato i margini, facilmente sgorga sangue e bile, sia pure in piccola quantità, comprendete come un drenaggio ivi applicato conduca all'esterno questo materiale, che altrimenti potrebbe diffondersi nella cavità peritoneale con le note conseguenze, senza dire poi che un drenaggio applicato sul moncone del cistico ci salvaguarda anche dagli effetti della possibile, se pure rara, riapertura del moncone del cistico legato. .

Concludendo: quando la sutura dei margini del letto epatico della cistifellea si possa praticare in modo perfetto sì da garantirci da ogni versamento di bile e di sangue, quando durante l'intervento non si è avuto alcuno spandimento di materiale infetto, quando le legature in massa ed isolate del moncone del cistico e rispettivamente dell'arteria si sono potute praticare in modo da darci ogni affidamento, è consigliabile chiudere il ventre completamente senza l'applicazione di alcun drenaggio. In questo modo riduciamo al minimum le aderenze postoperatorie e quindi le loro eventuali conseguenze. Se invece di queste condizioni non siamo sicuri, conviene applicare un piccolo drenaggio in garza, che rappresenta una via di sicurezza in molti casi di grandissimo valore.

Intendiamoci, si tratta il più delle volte di applicare un piccolo drenaggio e non un sacco alla Mikulicz ad es. che naturalmente aumenterebbe le successive aderenze. Per evitare le aderenze conviene anche naturalmente peritoneizzare con accuratezzza tutte le eventuali superfici speritoneizzate.

Nè per l'applicazione del piccolo drenaggio di garza si hanno secondariamente fatti di insufficenza comunque parziale o totale delle cicatrici laparotomiche (eventrazioni ecc.) perchè ripeto nei casi comuni una sola garza è sufficente per drenare, per costituire una valvola di sicurezza ed offrire una prudente precauzione per la vita dei malati.

Mi pare così di avervi schematicamente trattata la controversa questione della cura della calcolosi biliare e delle sue conseguenze.

La conclusione più importante di quanto vi ho detto è che, se il medico pratico vuole avere dalla chirurgia quel rendimento che essa in molti casi può effettivamente dare, è necessario che si rivolga al chirurgo sperimentato, a tempo giusto, conoscendone le indicazioni operatorie e le controindicazioni e non considerando, come generalmente succede purtroppo ancora oggidì, l'intervento come rimedio *in extremis*, salvo poi a rimproverare alla chirurgia i cattivi risultati, che egli stesso ha voluto e preparato.

NOTE PREVENTIVE.

Istituto d'Igiene della R. Univ. di Padova
diretto dal Prof. Oddo Casagrandi.

Sopra una nuova proprietà delle acque potabili: la proprietà batterio-bioattivatrice.

Nota preventiva del dott. Giulio Denes.

Per proprietà attivatrice delle acque noi intendiamo l'opposta a quella litica.

Mentre moltissimi AA. nelle loro ricerche sulla proprietà litica delle acque hanno avuto un esito negativo, nessuno aveva notato, che mancando il fenomeno della lisi, si sarebbe potuto ricercare la proprietà attivatrice.

Dalle prime ricerche di D'Herelle sulla proprietà litica dei filtrati, una larghissima schiera di studiosi, ha ricercato questo fenomeno ed è riuscita a riprodurlo con variatissimi liquidi organici, con le acque le più diverse. Fiumi e mari, lagune e canali sono stati esplorati ed esaminati per il loro potere litico.

Mentre questo potere batteriolitico è stato trovato per molte acque e verso molti germi (principalmente B. Shiga, gruppo tifo-coli) soltanto negli ultimissimi tempi si accenna alla circostanza, che in molti casi può mancare il fenomeno di D'Herelle e si è cercato di spiegare questa mancanza con la ipotesi, che il fenomeno c'è, ma è di durata breve ed intensità così debole, che sfugge alla nostra osservazione.

Seguendo la tecnica nota per la ricerca del potere litico delle acque potabili e specialmente verso il Bact. Coli, abbiamo potuto notare in alcuni casi l'assenza completa del fenomeno di Twort-D'Herelle tanto nella brodocultura del bacterium coli, quanto sulle piastre di agar.

Questa mancanza del potere litico ci indusse di cercare la proprietà attivatrice, anche per spiegare l'apparente contraddizione: l'acqua ora presentava una lieve proprietà litica, ora ne era completamente sprovvista di questo potere.

Per dimostrare « la proprietà attivatrice » abbiamo impiegato una tecnica molto semplice e dimostrativa.

Abbiamo potuto riprodurre sperimentalmente il fenomeno di D'Herelle sulle piastre di agar, con le colonie del Bact. Coli, tanto del tipo « bombé » quanto del tipo « plan ».

Le colonie normali del Bact. Coli, si presentano, quando siano bene isolate, coniche, con un lieve infossamento centrale, infossamento che si accentua dopo le prime 24 h.

Dividendo le due parti costituenti la colonia batterica tipica e seminando separatamente le parti prelevate prima in brodo e poi dal brodo sulle piastre di agar: si ottengono i due tipi « B » e « P » delle colonie. Quelle del tipo « B » (bombé) coniche, dai germi prelevati dal centro e colonie del tipo « P » (plan, piatte) allargate, con quelli della periferia. Seminando del brodo contenente i germi delle colonie divise, le colonie che si sviluppano sulla piastra di agar o sull'agar inclinato, si presentano separate tra di loro da larghe chiazze di chiarificazione. L'agar presenta cioè spiccatamente il fenomeno di D'Herelle.

Bordet (*C. R. Soc. de Biol.*, 87, 1922) considera l'apparizione delle colonie del tipo « P » come conseguenza del principio litico, che elimina il tipo « B ». Gratia (*ibidem*, 89, 1923) ha dimostrato invece l'esistenza di un principio litico, che agisce principalmente sul tipo « P ».

Nelle nostre esperienze con la descritta tecnica, tanto il tipo « B », quanto il tipo « P » presentava il fenomeno di D'Herelle.

Noi con l'aiuto di questo fenomeno di D'Herelle artefatto abbiamo potuto dimostrare la proprietà attivatrice — e vogliamo aggiungere subito attività periodica — di alcune acque potabili.

Aggiungendo una minima quantità del filtrato d'acqua — che presentava la proprietà attivatrice — alla coltura in brodo del Bact. Coli, che aveva dato il fenomeno di D'Herelle artefatto — noi possiamo notare, che la patina colturale sull'agar diventa rigogliosa, uniforme, le colonie sono avvicinate e non si notano più le chiazze di chiarificazione. Non si è avuto un aumento di sviluppo del tipo « P » a scapito della forma « B » per il fatto, che questo risveglio prodigioso dell'attività del germe si ottiene per una e l'altra forma. Cessa il fenomeno di D'Herelle tanto per la forma « P » quanto per il tipo « B ». È innegabile che più del tipo « B » sono le colonie « P » che più risentono questa azione attivatrice.

Abbiamo controllato il nostro esperimento con acque, che presentavano potere litico verso il Bact. Coli, ed in questo caso si ha la persistenza del fenomeno di D'Herelle, persistono le aree di chiarificazione e non si ottiene comunque l'estendersi uniforme della patina colturale.

Ora noi dobbiamo modificare le nostre vedute sulla proprietà litica delle acque perchè, come risulta dalle nostre esperienze, noi non ci troviamo di fronte a germi resistenti al-

l'azione litica, ma si direbbe preparati a subirla. È evidente che qualora questa proprietà litica dovesse mancare in una acqua, che prima l'aveva presentata, la nostra attenzione dovrebbe rivolgersi verso la proprietà attivatrice.

Non è certo possibile stabilire con una sola esperienza, che l'acqua possegga proprietà litiche costanti verso un dato germe. Ma fin da questo momento dobbiamo affermare, che mentre le acque presentano periodicamente uno spiccato potere litico, in altri periodi la stessa acqua acquista una vera proprietà attivatrice verso lo stesso germe. Questa proprietà attivatrice noi la possiamo dimostrare anche sperimentalmente con il nostro metodo.

Ripetiamo, che le due proprietà non sono costanti e mentre il potere litico delle acque è stato studiato da numerosi AA. che hanno potuto dimostrarlo per numerose acque e con la tecnica ormai notissima, non è stata finora presa in considerazione la proprietà attivatrice delle acque.

Ora che sappiamo l'esistenza di tale attività, qualora non otteniamo la lisi con il filtrato delle acque verso il germe, che prima veniva lisata da quella acqua la nostra attenzione dovrà rivolgersi verso la proprietà attivatrice.

Padova, 19 gennaio 1929-VII.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE S. SPIRITO - SALA LANCISI - ROMA.
Primario: Prof. N. SFORZA.

L'anuria isterica.

Dott. ALFREDO RICCI, aiuto.

L'isterismo è una delle malattie più polimorfe, più bizzarre. Nei suoi parossismi osserviamo le paralisi (afasie, monoplegie, emiplegie, paraplegie), disturbi degli organi di senso (anosmia, ambliopia, amaurosi), coliche epatiche, appendicite ecc.

Credo utile riferire un caso di anuria isterica in un giovane, non essendo essa molto frequente.

Raffaele D., di anni 21, manovale.

Non bevitore, modico fumatore, nega lues e malattie veneree. Ereditarietà negativa: padre morto per un tumore maligno; madre e fratelli viventi e sani. Nessuna malattia di carattere.

Cinque giorni fa di sera, dopo il lavoro, avvertì un malessere generale, senso di stanchezza e cefalea: il giorno seguente prese un purgante; dal pomeriggio non ha più orinato, nè avverte stimolo alla minzione.

E. O. Costituzione scheletrica regolare. Stato di nutrizione buono. Lingua umida, un po' patinosa. Polso ritmico, di giusta frequenza, con pressione alquanto aumentata. Pupille uguali, reagenti alla luce. Apiretico. Sensorio integro. Non edemi.

Polmoni: nulla.

Cuore nei limiti fisiologici, toni netti.

Milza e fagato nei limiti normali.

Sistema nervoso: motilità degli arti e del tronco, attiva e passiva normale; deambulazione normale; non tremori; non paralisi o paresi degli arti o dei nervi cranici. Oculomozione normale.

Riflessi iridei alla luce e all'accomodazione normali: un po' vivaci i rotulei. Riflesso faringeo e corneale assente.

Sensibilità: anestesia sulla coscia destra nella regione anteriore e alla regione dorsale della mano destra dal lato ulnare e sull'avambraccio dello stesso lato a striscia fino al gomito. Trafiggendo con un ago la cute e il sottocutaneo in queste zone anestesiche il paziente non avverte alcun dolore.

Senso muscolare normale. Non atassia.

La vescica urinaria appare vuota col cateterismo. Si tenta provocare la diuresi con bagni a vapore, ma inutilmente.

Il paziente dice di sentirsi bene, pur non urinando da quattro giorni. Per assicurarci che veramente non orinava, avvolgemmo l'asta con garza tenuta da striscie embricate di cerotto, controsegnate con parole scritte con inchiostro.

All'ottavo giorno di anuria completa la pressione massima arteriosa, misurata col Riva-Rocci, è di 160 mm. Hg.

L'azotemia 5 per mille. La cloruremia il 9 per mille. Il paziente ebbe in questo giorno una lieve epistassi.

Il nono giorno di anuria orinò cc. 50 di orina con i seguenti caratteri: Peso specifico a 150°: 1008; Urea 11,25 per mille; Albumina: tracce. L'esame del sedimento faceva notare: numerosi leucociti, non cilindri, non emazie.

Il 10° giorno vomitò due volte ed emise cc. 100 di orina con le stesse qualità di quella del giorno precedente.

L'11° giorno la diuresi fu di cc. 500 con peso specifico 1008.

Nel 12° giorno orinò 2200 cc. con peso specifico di 1011; seguirono dodici giorni di poliuria e con peso specifico basso nei primi giorni, ma che andò aumentando. Quindi la diuresi tornò normale. Il paziente si trattenne in Ospedale ancora sette, otto giorni e quindi uscì. Le orine erano divenute normali per quantità e qualità e la pressione del sangue era di 120 mm. Hg.

Sulla natura isterica dell'anuria non poteva cader dubbio: non cause renali mancando qualsiasi alterazione a carico del rene. Fra le cause extrarenali, non la calcolosi e quindi sospensione in via riflessa della funzione dell'altro rene, mancando l'anamnesi e poi la durata dell'anuria riflessa non è di così lungo tempo, nè così completa. Non tumori della vescica, della prostata con ostruzione dei due ureteri mancando l'anamnesi e la sintomatologia.

Sulla patogenesi dell'anuria isterica si è molto discusso: si è attribuito ad uno spasmo dell'uretra e però la vescica dovrebbe essere piena e si dovrebbe incontrare una resistenza al passaggio della sonda nell'uretra che invece, se non esistono altre cause di altra natura (restringimento), si lascia traversare da una sonda molle, come nel nostro malato.

Si è pensato allo spasmo degli ureteri; ma nei reni, i quali continuano a secernere orina, si dovrebbe stabilire l'idronefrosi acuta ben rilevabile alla palpazione dei reni, con disturbi subbiettivi dolorifici per la distensione della capsula: il che manca totalmente.

I reni vengono innervati dal vago e dallo splancnico mediante i rami comunicanti bianchi di D_6-L_2 e specie D_{10}-D_{12}; entrano nel rene coi vasi e formano attorno ai glomeruli e tuboli delle reti fitte penetrando anche nelle capsule glomerulari, e nelle cellule epiteliali.

Esistono nervi a funzione secretoria?

Come Pawlow ha dimostrato la secrezione psichica di succo gastrico mostrando la carne ad un cane affamato, così Bectherew ha dimostrato la diuresi psichica: ha posto un cane a digiuno di acqua e gli ha applicato una sonda ureterale a permanenza; dopo avergli mostrato l'acqua, ha notato un aumento della diuresi. Il vago secondo alcuni sarebbe il nervo che favorirebbe la secrezione renale.

Un'inibizione riflessa spiegherebbe l'arresto della secrezione dell'orina.

Secondo alcuni però l'azione riflessa sul rene si provocherebbe non per via nervosa, ma per via chimica: un'eccitazione dello splancnico provocherebbe un'inondazione di adrenalina e quindi spasmo dei vasi renali e anuria: reazione perciò vasomotoria e non secretoria.

Una prova ancora dell'origine puramente renale dell'anuria isterica è data dal modo con cui si è ristabilita la diuresi normale: prima isostenuria e oliguria, poi ipostenuria e poliuria e quindi diuresi normale: nelle anurie extrarenali si ha subito emissione abbondante di orina: la ripresa della funzione renale è tumultuaria non appena viene rimossa la causa che provoca l'anuria.

Durante il periodo anurico nel nostro malato abbiamo osservato azotemia elevata (5 ‰) e cloruremia egualmente alta (9 ‰) e iperpiesi.

Il rene ha funzione d'indole vitale: è l'organo principale di escrezione del corpo: quando è insufficiente, se può evitarsi la ritenzione nel sangue di acqua e di cloruro di sodio riducendone l'introduzione, non può impedirsi l'accumulo dei prodotti del ricambio endogeno dell'albumina, neppure sopprimendone l'introduzione coi cibi, nè riducendo l'introduzione anche degli idrati di carbonio e dei grassi. Così nel nostro infermo, messo a dieta lattea, l'azotemia è salita all'ottavo giorno di anuria al 5 ‰.

La funzione dei reni di importanza vitale consiste appunto nella escrezione dei prodotti di scomposizione dell'albumina: se falla l'escrezione dell'azoto, il malato muore.

L'anuria ha uno stadio senza sintomi, di uremia latente che dura parecchi giorni; ma in genere verso il nono giorno, segue un secondo stadio in cui compaiono i sintomi dell'intossicazione urinosa, che ogni giorno si aggravano: nel nostro infermo l'anuria è durata nove giorni senza che presentasse alcun segno di urotossicosi.

È indubbio che la sindrome dell'uremia vera è causata dalla ritenzione delle scorie dell'albumina e però non c'è parallelo fra il grado di ritenzione dell'urea e la gravità dei sintomi uremici: nei casi acuti di ritenzione di urea i sintomi uremici compaiono solo quando la ritenzione ha raggiunto gradi molto alti, non così invece nei casi cronici. Ciò perchè altre alterazioni giuocano per l'esplosione della sindrome: i disturbi del circolo generale, l'influenza che il fegato ha sulla tolleranza di urea, l'accumulo di ammoniaca nei liquidi organici, il disseccamento dei tessuti sotto l'azione disidratante dell'urea.

Nel caso clinico riportato si è osservato aumento della pressione sanguigna: tale iperpiesi che si è istituita acutamente dipende dallo stimolo dello splancnico, consecutivo efflusso di sangue dai vasi dell'addome e aumento del versamento nel sangue di adrenalina il che rende duratura l'iperpiesi. Però, mentre lo stimolo dello splancnico nella glomerulo nefrite diffusa, nella sclerosi renale dipende dalle alterazioni delle arteriole renali, qui dipende dalla ritenzione delle sostanze azotate tossiche ad azione pressoria simile a quella dell'adrenalina come tutte le iperpiesi delle insufficienze renali.

Un'altra considerazione di fisiologia renale, sorge dall'assenza di edemi. Come vi è ritenzione di azoto, così si è notata ritenzione di cloruro di sodio che ha raggiunto quasi l'un per cento.

Widal ha sostenuto che la ritenzione del cloruro di sodio è la causa degli edemi: nel caso nostro gli edemi mancavano. Tali ritenzioni secche abbattono completamente la teoria di Widal. L'idrope dipende da un fattore extrarenale che a sua volta dipende dalla lesione renale ma non dal disturbo della sua

funzione: nella nefrosi acuta della quale l'edema è il sintoma cardinale, la funzione renale si conserva buona, come lo dimostra la percentuale normale dell'N. nel sangue o di poco aumentata. Il fattore extrarenale consiste in una lesione degli endoteli dei capillari sanguigni e linfatici (proreni) divenuti più permeabili e meno capaci di riassorbire.

Le lesioni vascolari hanno cause diverse secondo che si tratti di lesioni renali a tipo degenerativo (azione delle nefroblaptine) o di lesioni renali con disturbi di circolo come le glomerulonefriti diffuse con iperpiesi (alterazione della respirazione interna).

Il cloruro di sodio ha importanza per la formazione degli edemi solo in quanto accentua la permeabilità delle pareti capillari, quando però sono già lese e di più giunto negli spazi intercellulari lega grande quantità di acqua che ristagna nelle maglie dei tessuti a causa del disturbato riassorbimento.

In tutte le insufficienze renali assolute è constatabile l'aumento del cloruro di sodio: nelle insufficienze relative, anche quando l'azotemia si innalza a delle cifre elevate, la cloruremia resta normale, in quanto che il sangue riesce a sbarazzarsi dei cloruri, ma non dell'urea: in una malata la cui azotemia era di 4,60 ‰ ho riscontrato una cloruremia di 5,20 ‰.

Secondo L. Blum il cloruro di sodio viene trasformato in cloridrato di proteina, combinazione del cloruro di sodio colle proteine e trattenuto nei muscoli, globuli rossi e cervello. In casi di insufficienze renali ha trovato che il tasso di cloro che normalmente è di 1,50 per mille nei globuli rossi e di 1,30 ‰ nei muscoli, saliva al 2 %.

BIBLIOGRAFIA.

LUCIANI. *Fisiologia dell'uomo.*
VOLHARD. *Malattie dei reni.*
BROUARDEL e GILBERT. *Malattie dei reni.*

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI RESPIRATORI.

La sintomatologia dell'embolia dell'arteria polmonare.

(M. LJUNGDAHL. *Deut. Arch. f. Klin. Med.*, n. 5-6. 1928).

Abbastanza frequente in Clinica si possono osservare casi di processi acuti polmonari, che per i loro caratteri si differenziano dal quadro tipico della polmonite genuina, ma che tuttavia si etichettano come tali in mancanza di una diagnosi più precisa.

Solamente quando, dopo qualche tempo, si verificano i caratteri tipici di una trombosi, ad es. quello della femorale, allora si conclude che l'affezione venosa fu il fatto primario e i sintomi polmonari la conseguenza di un'embolia procedente dal territorio venoso infermo.

La mancanza quindi di sintomi imponenti è forse la causa per cui molte embolie della polmonare passano inosservate, mentre senza dubbio non è il quadro dell'attacco embolico che occorre aspettare per la diagnosi, ma lo studio del decorso generale e del significato dell'embolia nel quadro clinico del paziente.

L'A., a questo proposito, riferisce un caso molto istruttivo di una donna di 28 anni che in piena salute avvertì improvvisamente forte dolore all'emitorace sinistro. Al quarto giorno il dolore divenne insopportabile, comparve dispnea e lieve elevazione della temperatura. Dopo una settimana, si potè mettere in evidenza un piccolo essudato ed una probabile infiltrazione alla base del polmone sinistro. Al 20° giorno, con lo stesso quadro subiettivo, si riscontrarono alterazioni analoghe nel polmone destro, e qualche giorno dopo si ebbe un brusco accesso di palpitazioni e vertigini, con comparsa di espettorato sanguigno. Da allora l'inferma man mano si riebbe, ma due mesi dopo, nuova comparsa di dolori al lato sinistro, dispnea e il giorno seguente espettorato sanguigno.

Causa del primo accesso fu ritenuto un processo tubercolare acuto, ma la seconda accentuazione fece sospettare l'esistenza di un'affezione embolica e il terzo attacco confermò la diagnosi.

Riguardo alla sintomatologia dell'occlusione embolica di un'arteria polmonare, Eichhorst distingue quattro tipi: nel primo tipo si tratta di un gran numero di embolie che per non dare alcun sintomo manifesto, passano inosservate; nel secondo si possono comprendere quelle che danno solamente espettorato sanguigno; nel terzo si riuniscono tutte quelle che danno luogo ad altera-

zioni locali nel polmone per cui è possibile diagnosticare in vita la sede dell'embolia polmonare e finalmente vi sono casi nei quali l'embolia occlude bruscamente un ramo principale e produce una morte rapida per asfissia.

È raro, come ha fatto notare Bingold, che nelle piccole embolie e non mortali siano riuniti nello stesso caso tutti i sintomi che si danno come tipici, quali l'emottisi, la dispnea, il dolore puntorio ecc. La frequenza di ognuno dei sintomi subiettivi delle piccole embolie e non mortali è stata studiata da Möller su un materiale di 42 casi. Di essi in 9 si aveva dispnea, in 3 sensazione di angustia, in 2 polso piccolo, in 11 dolore puntorio e in 8 espettorato emorragico. Come si vede dunque i caratteri sono gli stessi di quelli delle grandi embolie, solamente si differenziano da questi per l'intensità.

I sintomi subiettivi possono dividersi in quelli da occlusione diretta e brusca che possono considerarsi realmente come sintomi di shock e in sintomi che appaiono come conseguenza di un disturbo circolatorio o di una infiammazione.

Tra i sintomi obiettivi è specialmente interessante il comportamento della temperatura prima e durante l'accesso embolico. Lennauder ha trovato che le trombosi venose postoperatorie, che generalmente risiedono nelle estremità inferiori, quasi sempre sono accompagnate da febbre, e Michaelis considera una temperatura subfebbrile dopo un parto o un intervento chirurgico, come un indice precursore di un'embolia. L'accesso poi è generalmente accompagnato da elevazione della temperatura che può raggiungere anche i 40°; la elevazione termica però non è proporzionale ai sintomi obiettivi o radiologici. Nel periodo interaccessionale è possibile anche osservare una febricola di vari giorni di durata, che può attribuirsi all'attività dell'affezione venosa primitiva o ad embolie che decorrono asintomatiche.

L'A. non ha mai osservato il fenomeno descritto da Mahler e cioè l'aumento a scaglioni della frequenza del polso, pur essendo la temperatura normale, mentre egli è d'accordo con Eichhorst nell'attribuire grande significato ad un focolaio circoscritto di rantoli crepitanti: frequentemente appaiono come unico sintoma, o per lo meno sono i primi ad essere avvertiti. Rara è l'ottusità con respiro bronchiale, che in questi casi si accompagnano sempre a dolori; l'ottusità, quando esiste, è molto intensa tanto da far spesso pensare ad un versamento, e ciò è facilmente comprovato dalla puntura esplorativa o dall'indagine radiologica. Il liquido a volte può essere emorragico, generalmente è sieroso.

Tutti questi sintomi subiettivi e obiettivi, combinandosi in vario modo, possono costituire quadri clinici multiformi, i quali spesso fanno disconoscere l'affezione o per lo meno rendono difficile la diagnosi.

La diagnosi differenziale va fatta sopratutto con la polmonite, e con la pleurite.

Nella polmonite anzitutto è differente l'aspetto dell'infermo: la faccia è arrossata, ha dispnea con brevi escursioni respiratorie, è agitata, il sensorio non è completamente integro. Nell'embolia il malato è pallido, in preda a profonda angustia, il sensorio è integro, le escursioni respiratorie sono più lente, la tosse è meno intensa o può anche mancare.

Il reperto obiettivo del torace non sempre può far fare la diagnosi. Tuttavia nell'embolia l'ottusità è più forte che nella polmonite ed anche la respirazione bronchiale è più accentuata che in un versamento pleurico della stessa grandezza, ma sopratutto occorre tener presente che nell'embolia, di tanto in tanto, nello stesso polmone o nell'opposto, si ripete la medesima successione dei sintomi.

Altro fatto da tener presente è che l'incursione di un embolo in un'arteria polmonare non sempre si presenta con l'attacco, e i sintomi possono comparire in seguito, in modo che il quadro clinico viene ad essere completo nei giorni successivi.

A. POZZI.

Le complicazioni polmonari post-operatorie secondo i recenti lavori americani, e contributo alla patogenesi del collasso massivo post-operatorio del polmone.

(RENÉ FONTAINE. *Lyon Chirurgical*, fasc. I, volume XXV, 1928).

L'A. che grazie alla Fondazione Rockefeller ha potuto stare per vario tempo a contatto con i chirurgi Americani, espone in questo lungo articolo le conclusioni alle quali sono giunti in America sulla questione delle complicanze polmonari post-operatorie.

Molti dati di questo articolo sono già da qualche tempo conosciuti e si riportano specialmente ai lavori di Cutler e Hunt, Auten e Morton, Kellog Speed, Hedhlom, Bradford, Gwyn, ecc. ecc.

Dall'insieme di molte statistiche americane l'A. può concludere come il 2-4 % di tutti gli operati siano colpiti da complicanze polmonari e che di questi uno su 200 o 300 venga a morte per la complicanza stessa; va da sè che sono esposti maggiormente gli operati di laparotomia, specie se l'intervento è portato sullo stomaco.

Un fatto importante bene messo in evidenza è

che su 63 infermi colpiti da complicanze post-operatorie, soltanto di 31 è stata fatta una diagnosi che può quadrare con una netta imagine clinica, gli altri 32 mal definiti diagnosticamente sono da Cutler raggruppati sotto il nome d'infarti polmonari, in altre parole, più della metà delle complicanze polmonari post-operatorie non corrispondono alle abituali affezioni polmonari.

Da questo gruppo eterogeneo, mal definito, i chirurgi Americani hanno cercato di individuare una forma assai poco conosciuta in Francia, il collasso massivo polmonare post-operatorio.

Questa nuova sindrome non sembra molto rara, Pasteur, su 2000 operazioni ha 65 (3,15 %) complicanze polmonari e di queste 16 casi di collasso pari al 0,8 %, Scrimger porta questa cifra all'1,3 %.

L'inizio è di regola 24-40 ore dopo l'intervento; il polmone destro più frequentemente colpito, la lesione può essere a carico di tutto il polmone o localizzata ad un sol lobo (spesso l'inferiore).

Bisogna distinguere 3 forme di collasso: forma fulminante, latente, di media intensità.

I primi segni clinici sono dati da aumento del polso, della temperatura, e degli atti respiratori, un dolore vivissimo intratoracico spesso localizzato alla regione xifoidea, può essere presente ed accompagnato da tosse secca.

L'espettorato è di regola mucoso o muco-purulento, qualche volta rossastro. La ispezione mostrerà che il lato colpito non respira, e che questa immobilità contrasta con l'escursione più grande del bordo costale della parte malata nei confronti di quella sana, la percussione metterà in evidenza una zona diretta e vasta zona di ipofonesi, l'ascoltazione farà constatare un completo silenzio respiratorio.

Fin qui nulla di caratteristico, ma nel collasso si viene ad aggiungere un sintomo particolare che è patognomonico e cioè lo spostamento del cuore dal lato colpito.

I segni radiologici non faranno che confermare la immobilità dell'emitorace, lo spostamento del cuore, la zona di ombra, ecc. L'evoluzione clinica è caratterizzata da un aumento dell'atelectasia nelle prime ore che poscia diminuisce gradatamente: la durata dell'affezione oscilla fra 10 e 17 giorni risolvendosi quasi sempre per lisi, in rari casi per crisi. La mortalità si aggira su l'8 %.

Dal 1914 due grandi teorie si disputano il campo sulla spiegazione del collasso massivo: la teoria meccanica e quella nervosa.

La prima ammette che l'aria chiusa nei polmoni per la chiusura meccanica dei bronchi venga riassorbita dal sangue oppure, che il tampone otturatore venga a formare una specie di valvola che dato il diverso calibro, impedirebbe all'aria di entrare mentre permetterebbe la fuoriuscita di questa.

La seconda attribuirebbe il collasso ad una paralisi dei muscoli respiratori e del diaframma.

Nessuna delle due è ancora in grado di spiegare la sindrome, però gli studi sperimentali tendono a diminuire sempre di più la importanza della prima portando nuovi contributi alla teoria nervosa.

Si pensa quindi che il meccanismo nervoso possa intervenire sia direttamente sia indirettamente; e nel caso che l'eccitazione diretta delle fibre nervose fosse responsabile del collasso massivo si è indotti a credere che si debba trattare di un broncospasmo, o di modificazioni vasomotorie reflesse.

Nessun dato di fatto preciso può oggi ancora autorizzare ad accettare alcuna delle ipotesi emesse.

L'A. giunto a questo punto riporta un caso di collasso da lui osservato, e continua il suo articolo parlando di un'altra forma di complicanza post-operatoria poco studiata: l'ascesso polmonare.

Anche questa è una complicanza più frequente di quanto si creda comunemente, poichè su 1908 casi di ascesso polmonare riportati da Scheneter e Weidlein ben 515 (29,61 %) erano post-operatori.

Secondo Cutler l'ascesso polmonare post-operatorio è d'origine embolica e dovuto ad una embolia settica partita dal campo operatorio; suffraga questa affermazione una lunga teoria di esperienze la cui tecnica è riportata estesamente dall'A.

Due sono le forme di ascesso polmonare post-operatorio: acuta e cronica; il trattamento di queste due forme è vario.

Nell'ascesso acuto: attesa fintanto che non vi è aggravamento continuo, fra gli interventi: broncoscopia, pneumotorace artificiale, toracotomia con drenaggio dell'ascesso.

Negli ascessi cronici: metodi indiretti: broncoscopia, frenicectomia, toracoplastica extrapleurica; metodi diretti: lobectomia in un tempo, lobectomia in due tempi, pneumectomia col cauterio.

FILIPPA.

Le embolie polmonari dopo operazioni chirurgiche.

(TEMPSKY. *Bruns Beit.*, Bd. 144, H. 2, 1928).

In questi ultimi anni si è avuto un aumento e specialmente negli anni 1925 e 1926.

L'A. ha raccolto i casi osservati nella Clinica di Breslavia diretta da Küttner comprendendovi quelli bene accertati e in relazione con le tre affezioni che più frequentemente si incontrano

nella pratica chirurgica, carcinoma dello stomaco, del retto e appendicite.

In 1458 laparatomie per cancro dello stomaco hanno osservato 3,8 % di tromboembolie con morte per embolia polmonare nel 0,8 %. Rispetto al tipo di operazione quella più grave, la resezione, ha dato il numero maggiore e l'esplorazione il minore.

La morte per embolia avvenne in media al 9° giorno e al più tardi al 21°. Il sesso maschile fu colpito in maniera quasi doppia.

Trombosi delle estremità inferiori che andarono in guarigione se ne ebbero nell'1 % di operazioni per cancro dello stomaco. Non si è trovata differenza come ammettono altri fra la gamba destra e la sinistra. In 25 % si trovò all'autopsia trombosi delle vene del bacino, in uno fu trovata una trombosi della vena ipogastrica sinistra ed in un altro della vena iliaca destra.

Su 506 operazioni per carcinoma del retto si sono verificate 5,3 % tromboembolie con 3,3 % di morti con embolia polmonare.

Il maggior numero appartiene alle amputazioni e resezioni rettali col metodo sacrale: nei casi operati col metodo combinato non si ebbe alcuna morte per embolia polmonare.

Su 1767 laparatomie per appendicite hanno osservato l'1,6 % di tromboembolie con 0,2 % di morti per embolia polmonare. I casi più frequenti sono dati dalle forme di appendicite putrida o perforativa.

Il sesso maschile fu colpito in circa il doppio.

Le trombosi delle estremità furono dopo appendicite più frequenti che per le due altre malattie e il lato sinistro fu colpito in circa il doppio rispetto al destro. Ebbero trombosi dei rami portali, similmente a quanto ha osservato Polya, nel 0,4 %, con 0,7 % nelle forme acute. Riguardo alla etiologia in quasi tutti i casi si può dimostrare un fattore infettivo.

Circa l'aumento degli anni '25-'26 che è stato messo da altri in rapporto con iniezioni endovenose antipneumoniche non può confermare tale idea. Crede che alle alterazioni operatorie con lesioni di vasi, legature in massa ecc., si deve aggiungere una speciale alterazione organica come la cachessia tanto più paragonando i risultati del cancro dello stomaco con quelli di 831 operazioni per ulcera gastrica senza alcun caso di morte per embolia polmonare. Nelle ernie hanno osservato 0,2 % di morte per embolia polmonare, ma specialmente nei casi di ernia incarcerata cioè in uno stato speciale.

R. BRANCATI.

SISTEMA NERVOSO.

Contributo allo studio delle sindromi del nucleo rosso.

(V. DE GIACOMO. *Riv. di Pat. Nerv. e Ment.*, fasc. 4, 1928).

Le funzioni dei centri grigi mesencefalici e del cervelletto in rapporto al complicato meccanismo del tono muscolare rappresentano oggi uno degli argomenti del più alto interesse per la fisiopatologia nervosa. Vi sono però ancora molti problemi enigmatici o controversi. Fra gli altri la questione dell'influenza che sul tono muscolare viene probabilmente esercitata dal nucleo rosso. Vi sono qui due opinioni diametralmente opposte. Molto diffusa è questa teoria: l'ipertonia estrapiramidale in genere, e quella parkinsoniana in ispecie viene considerata come effetto della liberazione di presunti influssi tonogeni cerebello-rubrospinali dalla azione inibitrice che su di essi, a livello del nucleo rosso, verrebbe spiegata dal sistema pallido-nigrico in condizioni normali.

Contro questa teoria è insorto il Rademaker. Egli su base sperimentale sostiene che la rigidità da scerebrazione non dipenda dall'essere il nucleo rosso sottratto ad una inibizione che discende da centri soprastanti ma bensì che è proprio il nucleo rosso il normale centro inibitore del tono muscolare, in quanto agisce su centri sottostanti, e che il taglio di Sherrington produce ipertonia appunto perchè viene a ledere il nucleo rosso.

Inoltre Kurè, Nagano e Imagawa considerano la rigidità da scerebrazione come la conseguenza di una eccitazione e non già di un deficit funzionale del nucleo rosso.

I dati della patologia sperimentale ci lasciano quindi nella più evidente incertezza. Nè mutano molto questo stato di cose i dati della patologia umana.

La prima osservazione pubblicata di lesione circoscritta del nucleo rosso fu quella di Raymond e Cestan nel 1902. Seguì nel 1912 un'altra di H. Claude che sulla base di queste due osservazioni si ritenne autorizzato a individualizzare una *sindrome del nucleo rosso*. Egli la differenziò dalla sindrome di Weber per l'assenza di segni piramidali, e dalla sindrome della calotta per l'assenza di disturbi sensitivi. Gli elementi sintomatologici della sindrome sarebbero: paralisi o paresi del III paio nello stesso lato della lesione; emiasinergia ed emi-atassia nel lato opposto; assenza di disturbi della motilità segmentaria, della sensibilità e dei riflessi. Nel 1927 Gautier e

Lereboullet pubblicarono una terza osservazione del genere ma senza controllo anatomo-patologico. Essi cambiarono la denominazione di sindrome del nucleo rosso proposta da Claude in quella di sindrome *inferiore* del nucleo rosso.

Altri AA. (Clovis Vincent; Kaiser; Long e Roussy; Chiroy; Foix e Nicolesco ecc.) identificarono anche una sindrome *superiore* del nucleo rosso che si differenzia da quella inferiore per la mancanza di paralisi del III paio e per la frequente associazione di sintomi talamici, essendo presenti sempre i disturbi a tipo cerebellare nella metà opposta del corpo. Così stando le cose l'A. crede utile presentare un quarto caso in cui la diagnosi di sede (regione del nucleo rosso) si presentava con chiarezza in base alle nozioni ricordate.

Nell'infermo si osservava: paralisi completa del III paio di sinistra e, negli arti di destra, disturbi a tipo cerebellare con tremore intenzionale e *ipotonia.* Vi erano inoltre: assenza completa di ogni alterazione della motilità segmentaria e della sensibilità, lieve indebolimento dei riflessi profondi specialmente nel lato affetto, nessun disturbo secretorio, vasomotorio e trofico, integrità delle funzioni psichiche. Negativa fu pure la ricerca di tutti i piccoli segni denotanti una partecipazione anche minima, delle vie piramidali al processo morboso.

La sindrome suddetta si era stabilita all'improvviso nel corso di febbri malariche, in seguito ad un leggero ictus (molto probabilmente emorragico) nel campo di irrorazione dell'arteria sopraprotuberanziale laterale media di Duret, e non aveva subito variazioni apprezzabili per oltre un mese, salvo la scomparsa dei fenomeni acuti iniziali consistenti in dolori all'occipite ed alla nuca e transitoria sonnolenza.

Il carattere più interessante del quadro clinico è dato dalla evidente ipotonia degli arti del lato opposto a quello della lesione. Ciò rende propensi, insieme ai fatti precedentemente noti, ad ammettere che distruzioni circoscritte del nucleo rosso e specialmente della sua parte alta (nucleo parvicellulare) possono provocare nell'uomo una ipotonia controlaterale. Resta insufficientemente provato che una lesione del nucleo rosso, generale o limitata al solo nucleo magnocelullare, possa provocare nell'uomo una apprezzabile ipertonia.

Da un punto più generico, questo caso tende a convalidare la nota ipotesi, oggi da alcuni avversata, che considera il nucleo rosso come importante centro di una via discendente tonogena cerebello-rubro-spinale.

L. TONELLI.

Sulla patogenesi della sindrome di Ménière.

(E. PODESTÀ. *Annali Laringol. Otol., Rinol. e Faring,* f. III, maggio 1928).

I recenti studi di Magnus e de Kleyn, Quix ed altri hanno riportato la sindrome di Ménière ad un'alterata funzione degli otoliti.

Gli otoliti del sacculo o sagitte esplicano la loro funzione sul tono dei muscoli del collo, degli arti del tronco, degli occhi, nel piano frontale del corpo; gli otoliti dell'utricolo o lapilli, presiedono al controllo del piano sagittale del corpo.

L'alterata funzione degli otoliti rompe il rapporto normale tra la posizione della testa nello spazio ed il tono muscolare. Questo fatto probabilmente dipende da una irritazione delle terminazioni nervose del vestibolare, causata dagli otoliti sulle ciglia delle cellule sensoriali.

Il Quix crede che un'alterazione della funzione dei canali semicircolari non può spiegare del tutto la sindrome di Ménière, ma bisogna ammettere un'alterata funzione degli otoliti, specie quelli del sacculo.

Il Podestà riporta il caso clinico di una donna, di anni 36, la quale a 7 anni ebbe una prima vertigine, ripetutasi a 26 e a 28 anni.

In seguito le vertigini diventarono frequenti; perdette il senso di orientamento (si sentiva tirare a D.), notò una progressiva ipoacusia. Gli accessi vertiginosi, con caduta a terra, senza perdita di coscienza, si accompagnavano a ronzio a D., a cefalea, dapprima a tipo frontale, poi a tipo occipitale. La P. presentava inoltre senso di stanchezza, angoscia, palpitazioni, tremolio agli arti superiori e inferiori.

Dalle accurate ricerche eseguite, risulterebbe trattarsi d'una sindrome di Ménière con irritazione dell'otolito di D., più manifesta per la sagitta.

La presenza del Romberg e della prova rotatoria però depone per un'irritazione dei canali semicircolari di D.

Per la patogenesi del caso, l'A. propende a credere che su di uno stato nervoso istero-epilettico, si sia stabilito un disormonismo vasomotorio della seconda crescenza e post-gravidico, derivato da una condizione otolitica e otolitico-canalicolare di natura ignota (tossica o endocrina).

Questo esempio di sindrome di Ménière presenta una netta genesi mista: otolitica e canalicolare, contrariamente a quanto afferma il Quix, il quale considera la sindrome di Ménière come una alterazione otolitica senza compartecipazione dell'apparecchio vestibolare.

CARUSI.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Note sull'influenza.

Riassumiamo qui alcune recentissime pubblicazioni basate su osservazioni fatte in altre nazioni sull'ondata di influenza, che ha raggiunto ora anche il nostro paese.

H. Heine (*Medizinische Welt*, 26 gennaio 1929) si domanda se si tratti di vera epidemia o non e se vi sia o non un agente specifico. È un fatto però, egli osserva, che si ha la trasmissione da letto a letto e l'inizio improvviso nelle famiglie. Sono colpiti bambini e vecchi, uomini e donne, in complesso un'alta percentuale della popolazione.

Spesso febbre e cefalea, angina, fenomeni polmonari, bronchiti, broncopolmoniti, pleuriti secche e con versamento; *catarro degli apici* e pleuriti, specialmente nei predisposti e nei vecchi.

Talora, soltanto rinite, laringite, faringite, senza febbre; sono questi individui che agiscono da portatori; emorragie nasali.

Sintomi gastrici; non mai, afferma l'A., peritoneali; talvolta vomiti o nausee (riflesse?). In qualche caso può discutersi la diagnosi differenziale col tifo, contro il quale depongono la frequenza del polso e la mancanza di leucopenia.

Si hanno anche colecistiti e sintomi renali. Nella terapia è necessario anzitutto il trattamento cardiaco.

S. Held (*Ibidem*) fa rilevare l'aumento di malati in questo periodo, quasi tutti dovuti ad influenza, per cui le altre malattie passano in seconda linea. La frequenza della malattia è notevolissima; in alcune famiglie, anche di 5-6 membri, tutti sono malati.

Il decorso dei casi osservati dall'A. (quasi tutti donne e bambini) è stato molto favorevole; tutte le età sono colpite. Per lo più si hanno riniti, faringiti, laringiti, bronchiti, sul principio, di solito, con temperature elevate. Col trattamento, la febbre cade quasi rapidamente. Frequenti sono i fenomeni gastrici, talora unici, accanto a quelli polmonari; *influenza di testa* l'A. non ne ha osservato. Il primo giorno, i pazienti dànno l'impressione di essere gravi, ma il giorno seguente si nota subito un cambiamento nelle condizioni.

Le cattive condizioni dell'abitazione, stretta ed affollata, favoriscono indubbiamente lo sviluppo della malattia.

L'influenza nei bambini. — Su questo argomento riferisce S. Buttenwieser (*Ibidem*), osservando che il bambino improvvisamente si sente malato grave; accusa dolori alla testa, al ventre, spossatezza. Spesso si hanno vomiti, più raramente diarrea. Il piccolo paziente, che al mattino era apiretico, alla sera ha 40° ed oltre. Il viso è arrossato, le labbra rosso-scure, cianotiche; la lingua impatinata, ma umida. Il polso frequente, debole, la respirazione dispnoica, sicchè si ha l'impressione generale di una polmonite. Scarsi od assenti i sintomi locali, tosse e raffreddore possono mancare, così anche l'arrossamento della gola, nessun segno patologico ai polmoni.

Il giorno dopo, compaiono i fenomeni catarrali; gola arrossata, tosse, starnuti, febbre tuttora elevata; però il bambino dà l'impressione di star meglio ed è meno apatico. Dopo due-tre giorni, caduta della temperatura per lisi e, nella metà dei casi, una breve recidiva. Rimane poi, spesso, la tosse tormentosa e senza espettorato.

In altri casi compaiono fin dal principio dei fenomeni catarrali (starnuti, congiuntivite) che fanno pensare all'inizio del morbillo. In qualche caso, bronchiti e broncopolmoniti leggere; su 200 pazienti, però, l'A. non ha mai riscontrato nessun caso di broncopolmonite grave, mortale. Questo non esclude che, in seguito, possa aversi un aggravamento dell'epidemia; anche nel 1918, si ebbero sul principio dei casi lievi e l'epidemia cambiò poi carattere, con numerose polmoniti mortali.

La durata è varia, da 2-3 giorni ad una settimana; la malattia è spesso seguita da grave spossatezza. Nei poppanti, si ha spesso, come sequela, l'otite media, nei più grandicelli, spesso dolori di orecchio, che presto svaniscono.

Oltre ai medicamenti usuali delle angine e bronchiti, l'A. ha usato correntemente il cloridrato di chinina (3 dosi da 10 cg. al giorno) e nei poppanti il tannato, in forma di suppositori (2 al giorno, di cg. 10-20).

In alcuni casi, si sono avute epistassi fin dal 2° giorno; in altri, si installa uno stato subfebbrile con temperatura di 37°-38°, che può durare diverse settimane; il bambino si sente del tutto bene e non presenta fenomeni, salvo un po' di arrossamento in gola, tosse secca e qualche starnuto.

Il periodo di incubazione è spesso assai breve, di 24 ore, sicchè in pochi giorni tutta la famiglia è ammalata.

Sull'*influenza negli ospedali*, riferisce J. Kroner (*Ibidem*). Forma essenzialmente polmonare, con fenomeni generali di spossatezza e pesantezza delle membra, cefalea, dolori muscolari, specialmente alla schiena ed al collo, mancanza di appetito e tendenza al vomito. Nella maggior parte dei casi, riniti; i fenomeni dell'apparato respiratorio consistono essenzialmente in bronchiti, broncopolmoniti e pleuriti che si osservano in un

quarto dei casi; la metà presenta soltanto bronchiti o faringiti; nel rimanente, si hanno essenzialmente i fenomeni generali.

Non sono stati osservati fatti gastrici, nervosi o cerebrali di una certa gravità. In due casi si ebbe complicazione l'otite media; in 5, gonfiore e dolorabilità alla regione mandibolare; un caso di parotite ed epididimite.

Per quanto riguarda la temperatura, si possono distinguere tre tipi. Una parte (scarsa) di pazienti ha tutt'al più temperature subfebbrili e sopratutto fenomeni generali. Nella metà circa dei casi, si ha per 2-5 giorni febbre continua con caduta per lisi o per crisi; in questo gruppo, si hanno spesso bronchiti, con espettorato abbondante e consecutiva spossatezza e tosse. Nel rimanente, circa un terzo, la febbre, continua o remittente, dura per 1-2 settimane e si hanno come complicazioni broncopolmoniti e pleuriti, per lo più secche.

La malattia colpisce anche bambini e vecchi; per questi ultimi, specialmente se hanno vizi cardiaci, la prognosi è assai dubbia e la malattia deve essere considerata come grave.

La *neurite da influenza*. C. Weiss (*Ibidem*) osserva che l'influenza può dare manifestazioni svariate; nel 1918, dava le complicazioni bronco-pneumoniche col quadro dell'intossicazione letale; altre volte si presenta con emorragie (naso, gola, bronchi, intestino), oppure con itterizia, specialmente nei bambini. Scarsa è la letteratura sulle neuriti da influenza, di cui l'A. ha osservato 12 casi. Generalmente bilaterale, con frequente partecipazione del plesso brachiale; febbre più spesso assente, inizio con parestesie e dolori. Nei primi casi, si sospettarono delle intossicazioni od una origine professionale, che vennero escluse.

I pazienti si lamentavano di parestesie e dolori tipicamente localizzati sul decorso dei nervi, che però solo raramente impedivano il sonno e che davano la sensazione di perdita delle forze nelle estremità colpite.

La diagnosi si fondava sui seguenti sintomi: disturbi di sensibilità, diminuzione dei riflessi, atrofia muscolare e contrazioni muscolari fibrillari, localizzazione tipica ai territori innervati. Particolarmente colpito fu il n. radiale.

In un caso, si ebbe herpes zoster nel territorio del n. femorale. Il malato ebbe poi, durante la convalescenza, disturbi vasomotori nel territorio dell'ulnare (iperemia con edema circoscritto).

La neurite può guarire bene, tanto più se il suo riconoscimento e la terapia sono precoci. Quest'ultima, nello stadio di neurite, consiste nel completo riposo e nella diaforesi, col caldo e con i preparati salicilici. In seguito, se la neurite non progredisce, si potranno fare dei movimenti cauti e delle applicazioni elettriche; più tardi si farà il massaggio.

Evidentemente, nella diagnosi differenziale, si dovrà escludere anzitutto ogni malattia del sistema nervoso ed ogni intossicazione.

Il decorso è generalmente favorevole; talvolta però, a sintomi iniziali lievi e nonostante le misure terapeutiche, seguono fenomeni gravi.

Sull'*estensione dell'epidemia* riferisce un articolo editoriale dello stesso giornale. Ospedali affollati; 1348 casi di influenza al 10 gennaio, con 273 polmoniti; 190 nuove ammissioni al 14 gennaio, 219 al 16. Ciononostante, le Autorità adottano il silenzio « per non allarmare la popolazione », non si pubblicano le cifre della mortalità e si fanno comunicati anodini ai giornali. Errore grave, tanto più perchè certi fatti non si possono nascondere e la mancanza di dati precisi induce alle peggiori supposizioni; nè, d'altra parte, è possibile tenere nascosta la verità; il fumo continuo del crematorio indica che « vi si lavora » continuamente, più del doppio dei periodi corrispondenti di altri anni.

E la conoscenza di tutti questi fatti sarebbe tanto più utile per i medici, che avrebbero diritto e dovere di sapere le reali condizioni, anche nello stesso interesse dei malati. Utile sarebbe altresì la diffusione, per mezzo della radio o del cinema, di consigli per mantenersi sani e per sfuggire all'influenza; essa però non è sempre bene accetta, come lo dimostrano le risate con cui è stata accolta una pellicola sull'argomento in un cinema di Berlino.

Fra le condizioni che maggiormente contribuiscono alla diffusione dell'epidemia, è da mettersi in prima linea l'abitazione, scarsa, insufficiente, affollata. Non si deve dimenticare che vi sono a Berlino non meno di 100.000 persone che non hanno un proprio letto e che molte centinaia di migliaia vivono in condizioni di grave affollamento, in 4, 5, 6, 7, 8 individui ed anche più nella stessa stanza. Appunto, per ovviare in parte ai danni di queste condizioni, non si sono chiuse le scuole, anche se vi era presente soltanto la metà degli alunni, i quali, almeno durante l'orario scolastico, erano sottratti all'infezione famigliare.

Grave anche è la penuria dei letti ospedalieri, mentre invece sarebbe assai utile il ricovero dei malati specialmente con complicazioni broncopolmonari, i quali vi sarebbero curati meglio che nelle case e non costituirebbero pericolosi centri d'infezione.

E. E. Marcovici (*American medicine*, genn. 1929) fa un raffronto fra l'epidemia del 1918 e quella del 1928.

Egli divide la malattia in quattro stadi; tossiemico, infettivo, settico, convalescenza.

Nel primo, si hanno gli stessi sintomi e segni nel 1928, come nel 1918 e cioè: paralisi intestinale, cefalea (nuca, fronte, cavità orbitali), nausea (senza vomito), lingua impatinata, ipotonia, bradicardia (*sic*), leucopenia (*sic*), formula leucocitaria, rigidità della nuca, della parte bassa della schiena, delle estremità.

Nello stadio infettivo, si trovano, come nel 1918, tracheite catarrale, tosse secca spasmodica, male alla gola; mancano la congiuntivite, la broncopolmonite (*sic*), l'ingrossamento della milza, vi è leggera faringite, rinite, starnuto, che mancavano nel 1918; la temperatura è più bassa (in media 38°,9, invece di 40°,6).

Nello stadio settico, mancano secondo l'A. i seguenti sintomi che si avevano nel 1918: epistassi, tracheite emorragica, polmonite crupale, empiema, tendenza alle emorragie delle mucose e ad altre complicazioni e sono molto leggeri i sintomi nervosi.

Nella convalescenza, si ha come allora leucopenia ed ipotonia; durano soltanto pochi giorni la bradicardia e la debolezza.

Per quanto riguarda la terapia, l'A., nel 1918 aveva trovato molto utile la somministrazione di calomelano (26-40 cg.) al primo apparire della malattia. Attualmente, in considerazione della benignità dell'epidemia, non ne ha usato o soltanto in dosi più piccole (13 cg.).

Il sistema di cura adottato è il seguente:

1) Enteroclisma alto (in posizione destra per evacuare tutto il colon), con acqua semplice calda.

2) Somministrazione di 1-2 delle seguenti pillole: Podofillina mg. 32; Rad. di calamo aromatico cg. 13; Polv. ed Estr. di liquirizia, q. b. per pill. N. 30.

3) Somministrazione di 3 tavolette al giorno, per 1-2 giorni di: Fenacetina, Piramidone, Antipirina, Caffeina, ana cg. 6.

L'A. non è favorevole all'uso dei salicilati, che provocano forte sudorazione ed ipotonia.

4) Giornalmente, iniezioni di stricnina, con o senza cacodilato di guaiacolo.

5) Infuso di poligala, come espettorante, per la tracheite.

Tenere il paziente in letto per 2 giorni; dopo passata la febbre. Dieta essenzialmente liquida; succhi di frutta, minestrine, latte, crema, vino.

La profilassi è assai difficile nella vita cittadina. Si baderà a regolarizzare l'azione intestinale, a dare una dieta normale e sufficiente, all'asepsi (con gargarismi o polverizzazioni) della gola; si possono anche usare i vaccini antiinfluenzali (5-8 iniezioni a seconda della reazione individuale), ma occorrerà del tempo prima che ci si possa pronunciare sulla loro efficacia. *fil.*

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

H. Aron. *Die Nährsehäden des Kindes.* Ed. Urban e Schwarzenberg, Berlino, 1928. Prezzo L. 22.

L'A. chiama danni alimentari i disturbi della nutrizione dipendenti ex alimentatione. Tratta separatamente questi disturbi nel lattante alimentato naturalmente e nel lattante alimentato artificialmente. Dà pochissima importanza ai disturbi da iperalimentazione, moltissima importanza invece a quelli da ipoalimentazione: la maggior parte dei disturbi della nutrizione sarebbero in rapporto con quest'ultima. Insiste particolarmente sulla necessità di non ipoalimentare a lungo bambini affetti da disturbi della nutrizione; l'erronea cura della diarrea sarebbe la principale causa dei danni alimentari nell'infanzia. La cura dei disturbi da alimentazione inadatta consiste di solito nell'aumentare l'alimento: aggiungendo al latte di donna miscele nutrienti (miscele di latte arricchito di grasso, babeurre, latte albuminoso) aggiungendo all'alimentazione del lattante alimentato artificialmente preparati di caseina, latte albuminoso, babeurre.

Una casistica numerosa con annesse grafiche dei pesi illustra la tecnica e i risultati dei metodi raccomandati dall'autore, così da rendere il libro utilissimo al medico pratico. Altri capitoli trattano dei danni da sete, dei danni da deficienza di idrati di carbonio e dei danni da deficienza vitaminica. Pollitzer.

E. Battoni. *Guida pratica ai corsi di Puericoltura, ad uso dei medici pratici.* In-8° di 48 pag. Modena Tip. dell'Im. Concezione, 1928. Prezzo L. 10.

È uno schema ben fatto degli argomenti trattati nei corsi di puericoltura. Comprende la parte ostetrica (Gravidanza e parto fisiologici e patologici) e la puericoltura postnatale: feto e neonato, alimentazione, disturbi di nutrizione, igiene scolastica, malattie infettive, ortopedia, neuropsichiatria, terapia fisica, radiologia, legislazione.

Redatto in stile telegrafico, è utile all'insegnante per lo svolgimento dei corsi, agli allievi come sussidio mnemonico ed a chiunque si interessi dell'argomento. *fil.*

U. Cassinis. *Le basi fisiologiche dell'educazione fisica.* Un vol. in-8° di 239 pag., con fig., tabelle e nomogrammi. L. Nicolai, Firenze, 1928. Prezzo L. 30.

L'educazione fisica, specialmente presso di noi che siamo entrati un po' tardi in questo agone

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

è ancora basata in gran parte sull'empirismo. Il medico, specialmente il fisiologo che l'A. considera come il vero competente in educazione fisica, è tenuto lontano dalle palestre, mentre dovrebbe diventare il compagno inseparabile dell'istruttore, il propagandista più entusiasta, il consigliere più efficace. Ma quanti medici hanno una preparazione tale da assolvere questi compiti? Ben pochi finora, mentre sarebbe necessario, per il bene stesso dei nostri giovani, che la attività sportiva di questi fosse diretta da chi ha reale competenza in questo campo.

Riteniamo pertanto vivamente consigliabile la lettura di questa bella monografia dell'A., sobria esposizione di un lungo periodo di lavoro nel ben adatto laboratorio di fisiologia applicata, annesso alla Scuola centrale militare di educazione fisica in Roma, di cui l'A. è direttore.

Vi troviamo studiati l'apparato locomotore, i sistemi circolatorio e respiratorio, gli organi dei sensi, la pratica dell'allenamento, la valutazione fisica. Molte ricerche originali ed una ben nutrita bibliografia completano l'interessante lavoro, a cui ha fatto una prefazione giustamente lusinghiera il prof. S. Baglioni.

fil.

R. JACQUET. *L'hygiène universitaire.* Editore N. Maloine, 1928. Prezzo L. 15.

In questo volumetto sono compendiate le necessità e le norme igieniche degli scolari, dei giovani, dei lavoratori del pensiero. Si parla quindi d'igiene delle aule universitarie, dello sport necessario per gli studi, di orientamento professionale, di case di salute, di sanatori specializzati per studenti. Nulla di effettivamente nuovo, ma bene inquadrato per la finalità che si propone l'autore di auspicare un maggior riguardo per la salute di coloro che sono chiamati a formare l'*èlite* della nazione.

DR.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società fra i Cultori delle Scienze Mediche e Naturali in Cagliari.

Seduta ordinaria del 22 dicembre 1928.
Presiede il prof. G. FRONTALI, Vice-Presidente.

Un caso di rabbia umana tardiva.

Dott. ENRICO FOIS. — L'O. cita il caso di un individuo morsicato alla mano destra da un cane sicuramente idrofobo, sottoposto immediatamente alla cura antirabica con il siero-vaccino Fermi, che a distanza di dodici mesi dalla lesione ammalò, per morire dopo nove giorni, di rabbia paralitica. Si sono ritrovati i corpuscoli del Negri nel corno d'Ammone e nel bulbo, ed un coniglio inoculato sotto la dura madre morì dopo un mese di rabbia paralitica, con presenza dei corpuscoli del Negri.

La ipotesi più attendibile per spiegare tale prolungamento del periodo di incubazione sarebbe quella di una diminuzione del potere immunizzante tale da permettere l'esplosione dei sintomi classici della malattia.

Quindi per la cura della idrofobia anche con i processi terapeutici i più accurati ed i più accreditati si ha talvolta qualche insuccesso come d'altronde in ogni campo della medicina.

Prof. A. BUSINCO. — Il problema patogenetico è strettamente legato con quello medico-legale. Potrebbe sorgere il dubbio che il soggetto sia stato colpito da altro incidente infettante. In tal caso egli vorrebbe chiedere agli studiosi della biologia del virus rabico, se è accertato il periodo d'immunità passiva indotto dal trattamento preventivo-curativo subito. Però per il caso in discorso tutto lascia credere legittime le conclusioni dell'O. circa un nesso causale fra il primo morso infettante di un anno prima e la esplosione tardiva della forma di rabbia paralitica, nonostante un affermato regolare trattamento siero-vaccinante.

Prof. G. BENASSI. — In caso di periodi di incubazione insolitamente lunghi, è lecito domandarsi se, invece che a condizioni particolari dell'organismo recettivo (o eventualmente del germe) non possano talvolta addebitarsi ad un fatto banale, cioè alla persistenza di materiale sporigeno sulla pelle o negli indumenti e successiva inoculazione mediante trauma accidentale e spesso inosservato.

Prof. M. ARESU. — Per quanto il problema non possa ritenersi ancora completamente chiarito e molta sia ancora l'oscurità che regna in questo campo, non è fuor di luogo pensare che anche il lungo tempo di latenza che si osserva certe volte in alcune malattie infettive merita di essere vagliato alla stregua di queste nuove conoscenze che incominciano ad esserci acquisite e nelle quali è forse possibile intravedere una spiegazione del fatto.

Prof. G. FRONTALI. — L'O. ignora che siano stati descritti casi più tardivi, ma nel caso della rabbia non si tratta della diffusione d'una tossina, cioè d'un veleno solubile, bensì di un virus le

cui condizioni di sviluppo, di moltiplicazione o di vita latente nell'ambito del sistema nervoso o nelle guaine linfatiche dei tronchi nervosi ci sono in grandissima parte ignote.

Dott. E. Fois. — Ammettendo che per il virus rabico possa avvenire un fatto analogo a quello citato dal prof. Benassi, e cioè che del materiale infetto possa fissarsi negli indumenti o sulla cute per poi essere inoculato a distanza della presunta prima lesione, crede di poter escludere ciò per il fatto che il trauma fu determinato in una regione non coperta da indumenti, la mano, e che le numerose medicature a cui la ferita fu sottoposta abbiano potuto distruggere tutto ciò di infettante che potesse trovarsi attorno alla lesione. Dai dati anamnestici accuratamente raccolti risulta che l'infermo escludeva in modo assoluto che la sua malattia fosse dovuta alla rabbia perchè diceva di essere stato ben curato e metteva in rapporto a stregonerie i fenomeni nervosi presentati. Dice ciò per escludere che a quell'epoca il malato potesse avere delle mire per quanto riguarda la questione medico-legale; e poichè si è posto anche egli il quesito di una successiva infezione, facendo astrazione dalla durata del periodo di immunità, da parte dei parenti del malato e del malato stesso mi fu sempre esclusa nel modo più assoluto la possibilità di un successivo contatto con animali presumibilmente malati. Come già dissi, in bibliografia leggonsi casi di rabbia tardiva il cui accesso si sviluppa a distanza anche superiore all'anno; nel Puntoni si parla perfino di casi con un periodo di incubazione di 5 anni, ma su questi è opportuno fare le debite riserve.

Il virus rabico, sia che segua la fibra nervosa che la via linfatica, non determina mai lo sviluppo della malattia se non quando aggredisce le cellule piramidali del corno d'Ammone, e poichè nell'uomo si ha da fare con una costituzione che presenta particolari caratteri di difesa verso questa infezione, non è facile spiegarsi le cause di questa brusca diminuzione del potere immunizzante, e ciò anche perchè di questa infezione, a differenza della difterite e del tetano, non conosciamo ancora l'agente morbigeno nettamente definito in entità etiologica, morfologica e patogenetica.

I lipoidi della pineale e dell'ipofisi negli uccelli.

Prof. Vittorino Desogus. — Negli uccelli in piena attività ovarica, la pineale, insieme coi caratteri denotanti un'attivissima funzionalità dell'organo, presenta un'imponente ricchezza di granulazioni lipoidee; mentre l'ipofisi, che presenta caratteri di ipofunzionalità, si mostra anche priva di granulazioni lipoidee. Negli uccelli adulti, in periodo di riposo ovarico la pineale, che presenta caratteri di ipofunzionalità, mostrasi quasi priva di granulazioni lipoidee; mentre l'ipofisi con caratteri di piena funzionalità presenta una ricchezza imponente di granulazioni lipoidee. Questi fatti dimostrano, secondo l'O. l'importanza della secrezione lipoidea nelle glandole endocrine e corroborano l'opinione che detta secrezione sia uno degli esponenti della loro attività funzionale. Ed il contrasto osservato tra i due organi viene a confermare il concetto che l'ipofisi e la pineale appartengano a due sistemi endocrini antitetici: il sistema genito-pineale antagonista al sistema tireo-paratireo-surreno-ipofisario.

Prof. A. Businco. — Le espressive modificazioni morfologiche illustrate circa il contenuto lipoideo negli elementi parenchimali della pineale o dell'ipofisi parallelamente a stati di attività o di ipoattività sessuale, lo inducono a chiedere se, giusta l'idea attualmente sostenuta da una corrente di osservazioni, coesistano anche modificazioni dei rappresentanti del sistema reticolo-endoteliale nelle ghiandole studiate. Difatti, se fossero veri i risultati di alcuni osservatori circa l'attivo intervento degli elementi reticolo-endoteliali, fra l'altro, nel ricambio intermedio dei grassi, accanto a così vistose immagini si dovrebbero osservare aspetti o segni di attività dei detti elementi reticolo-endoteliali, che avrebbero ora una semplice funzione di ponte fra sangue ed elementi parenchimali nella trasmissione di questi prodotti lipoidei presenti e circolanti negli umori, ora una funzione più complessa di stazioni di elaborazione e di modificazione. Domanda perciò all'O. se gli risulti, in base alla sua esperienza, eventuali modificazioni negli elementi accennati o se non creda opportuno — ove non lo abbia ancora considerato — di rivolgere anche l'attenzione a questo aspetto del problema.

Prof. G. Frontali. — Chiede al prof. Desogus se in base alle sue interessanti ricerche istologiche sul contenuto di lipoidi nella pineale e nell'ipofisi di uccelli, egli non ritenga opportuno istituire ricerche di ordine chimico intorno alla alimentazione ed al ricambio di questi animali nei periodi in cui alcuni loro organi endocrini si caricano di sostanze lipoidi. Potrebbe darsi che la somministrazione di un vitto carente di lipoidi (ad esempio sottoposto ad una estrazione con alcool-etere) non consentisse le variazioni morfologiche e funzionali constatate in determinati periodi del ciclo annuale dal prof. Desogus, illuminando così il meccanismo patogenetico di particolari disturbi da carenza interessanti le funzioni sessuali e la fecondità. È noto che ai lipoidi, soprattutto dallo Stepp nel 1909 (prima ancora che il Funk coniasse la parola « vitamina ») si è data una grande importanza come ad ingredienti qualitativi indispensabili nell'alimentazione di animali tenuti a dieta composta di sostanze chimicamente pure. Sarebbe interessante dimostrare che certi lipoidi sono componenti indispensabili della dieta in quanto rappresentano materie prime necessarie per il funzionamento di organi endocrini, come è stato sospettato (senza che se ne sia data finora alcuna diretta dimostrazione) di vari fattori vitaminici.

Il Segretario: Dott. Plinio Atzeni-Tedesco.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

La meloreostosi.

Questa nuova forma morbosa entrata in patologia da 5-6 anni consiste in una iperostosi, la quale a guisa d'una scolatura di candela prende tutto un lato delle ossa d'un arto.

Leri e Joanny nel 1922 la chiamarono meloreostosi; Lewin e Mac Leod osteosclerosi; il Putti la descrisse col nome di osteosi eburneizzante monomelica.

Caratteristica di questa forma è l'unilateralità, e la possibilità di colpire le ossa lunghe e le ossa piatte.

L. Lazzarini (*Gazz. Osped. e Clin.*, n. 45, nov. 1928) nel riferire di questa lesione ricorda che clinicamente la meloreostosi si presenta con l'ingrossamento di tutto l'arto, a cominciare dalla radice, ed a finire alle dita; l'iperostosi si presenta solo lungo una faccia dell'osso; le articolazioni sono in generale rispettate, talora invece coinvolte nel processo, con conseguenti anchilosi; le epifisi sono anch'esse colpite dall'iperostosi, la quale si presenta con delle irregolarità superficiali, tali da rassomigliare a tanti noccioli di frutta addossati all'osso. Allorchè le epifisi sono affette nei giovani, ne possono risultare degli accorciamenti o degli allungamenti degli arti.

Radiologicamente l'iperostosi si presenta molto opaca, e l'opacamento dell'osso neoformato pare si continui col tessuto osseo antico.

Il decorso è notevolmente lungo, i disturbi scarsi.

Anatomo-patologicamente pare che si tratti d'un addensamento con eburneizzazione ossea. Secondo il Putti si tratterebbe d'un processo degenerativo, associato ad un processo proliferativo a tipo addensante, per lo più perivasale, in parte occludente ed ischemizzante.

In rapporto all'etiologia il processo pare che sia di natura infettiva, di origine micotica, sec. Leri. Altri pensano che sia dipendente dal sistema nervoso: sistema nervoso periferico sec. Lewin, sistema simpatico sec. Putti. CARUSI.

Sopra un caso di lesioni infettive della colonna vertebrale.

È riferito il caso d'una bambina di 8 anni, la quale nel passato aveva notato una dolenzia lombo-sacrale, con lieve febbre, reperto radiologico negativo; in seguito si presentarono dolori ad intervalli, localizzati alla radice della coscia D., con febbre ed anemia. Si aggiunse diminuzione del visus; l'esame del fondo oculare mostrò atrofia e nevrite ottica a S.; la milza in un periodo successivo si ingrandì e diventò dolente; insorse una paraplegia, perdite di feci ed urine, e dopo quattro mesi si ebbe la morte.

Tutte le ricerche di laboratorio furono negative; l'es. radiografico, dapprima negativo, in un secondo tempo mostrò un'alterazione a carico della VII-VIII-IX-X dorsale, consistente in una riduzione in altezza dei corpi vertebrali, senza deformazione nè decalcificazione, ed a limiti netti. Gli spazi intervertebrali sembravano un poco aumentati. Dopo tre mesi, anche le vertebre II e IV lombare presentarono alterazioni analoghe alle dorsali.

P. Alessandri (*Riv. Clin. Med.*, n. 12, 6, 1928) discute le possibilità diagnostiche del caso riferito. Esclusa una forma infettiva tifica, paratifica o melitense, il ciclo febbrile, l'anemia, le artralgie fugaci ecc., potevano far sospettare una localizzazione ossea del viridans; tale ipotesi fu scartata per altre considerazioni cliniche, come fu esclusa una spondilite tbc. o luetica, una osteocondrite vertebrale, ed una osteo-condrite giovanile di Kohler.

L'A. inclina a credere che nell'inferma si siano stabilite delle alterazioni vertebrali durante il corso d'una infezione a tipo setticemico, per una arterite obliterante delle arterie vertebrali, e con distrofia secondaria dei metameri corrispondenti. CARUSI.

Metastasi cancerigne delle ossa.

In ogni caso di neoplasia ossea, si tratta di stabilire anzitutto se non esista in un altro punto dell'organismo un altro neoplasma, che costituisca il focolaio primitivo, tenendo presente che il neoplasma osseo primitivo è assai raro. Generalmente il focolaio primitivo si trova nella mammella, nella tiroide e nella prostata.

Raramente la diagnosi è difficile; basta porvi la necessaria attenzione. Possono presentarsi diverse eventualità. O si riesce con facilità a diagnosticare la natura cancerosa della metastasi ossea e si risale da essa alla ricerca ed al reperto del focolaio primitivo; oppure la natura cancerosa della metastasi appare soltanto sospetta e la diagnosi certa viene fatta quando si è riscontrato il focolaio primitivo; oppure, infine, la lesione primitiva ha costituito il primo reperto, ma la diagnosi di natura è rimasta incerta, ed è la comparsa della metastasi ossea che, in un dato momento, conferma la diagnosi.

La presenza del tumore metastatico aggrava la prognosi, anche perchè controindica ogni tentativo di exeresi. Qualche beneficio può ottenersi soltanto con la radioterapia.

In generale, come osserva P. Merklin (Rif. in *Gazz. Ospedali e Clin.*, 22 aprile 1928), al medico non rimane che il compito di lenire i dolori che, nel caso del cancro non sono prodotti direttamente da questo, ma dalle contrazioni che esso può determinare, o dalle infezioni o compressioni che provoca.

Quando il cancro si ulcera, si faranno le cure topiche, seguendo le regole della più stretta asepsi, impedendo così i dolori dati dall'infezione; l'ortoformio può riuscire utile come analgesico.

I dolori da compressione sono i più temibili perchè siamo quasi disarmati contro di essi e la recisione dei rami nervosi appartiene per ora a dei tentativi, talora difficili ed inefficaci.

Quanto alle cure mediche, si incomincerà con i soliti analgesici: fenacetina, aspirina, antipirina, a cui si potrà associare qualche centigrammo di oppio o di cocaina. Allorchè essi diventano insufficienti, si impone l'oppio, che si prescriverà a dosi gradatamente progressive, per non dare troppo presto un'assuefazione. Utili sono gli alcaloidi totali, che si potranno incominciare a dosi di 1-2 cg. per arrivare anche a 6-8 nella giornata. È opportuno che lo stato del paziente sia reso un po' sonnolento; ma quando le pupille si fanno miotiche, si ha un indizio che si è arrivati sulla soglia della tossicità e quindi si sospenderà l'uso. Si sostituisce allora il cloralio (4-6 g. in porzione o per clisteri) e si arriva finalmente alla morfina, incominciando dapprima con una pozione (Cloridrato di morfina cg. 5; Acqua coob. di lauro ceraso g. 8; Sciroppo di fiori d'arancio g. 40; Acq. dist. q. b. per cmc. 100; 20 cmc. contengono 1 cg. di morfina). Si arriva da ultimo alle iniezioni di morfina, con le quali si può gradatamente salire assai e con cui si ottiene, oltre alla scomparsa del dolore, un certo senso di euforia, che non va trascurato.

Durante la somministrazione a dosi crescenti, si può intercalare qualche iniezione di acqua distillata, in quanto che continua ad agire il medicamento precedentemente introdotto.

fil.

TERAPIA.

La cura delle emottisi.

A. Jacquelin (*Le Journal médical français*, febbraio 1928) consiglia quanto segue.

Cura preventiva. — Negli individui che vanno soggetti facilmente ad emottisi, si dovranno evitare tutte le cure congestionanti (jodio, arsenico, guaiacolo, tubercolinterapia, elioterapia, clima marino, alta montagna). Negli individui ipernutriti, ipertesi, pletorici, si ridurrà l'alimentazione, si useranno gli ipotensivi ed i lassativi leggeri. Quando vi siano lievi sintomi di insufficienza epatica o di ipertensione portale, si adotterà la cura colagoga e l'opoterapia epatica. Nelle forme fibro-congestive delle donne scarsamente mestruate, saranno utili l'opoterapia ovarica e gli emmenagoghi.

In parecchi casi si sono dimostrate utili le iniezioni di sangue umano totale e l'autoemoterapia.

Cura immediata. — 1) Forme lievi. Riposo completo in letto, con gli arti inferiori tenuti ben caldi; alimentazione liquida e fredda, silenzio assoluto. Si calma la tosse con codeina e bromoformio associati ad ipeca (sciroppo di Desessatz, polvere del Dover) e si cerca di aumentare la coagulabilità del sangue con cloruro di calcio (3 g. al giorno).

2) Forme di media abbondanza. Intensificare le regole di cui sopra. Sembra favorevole la posizione semiseduta. Inutile e forse dannosa, la vescica di ghiaccio e nemmeno raccomandabili le bevande ghiacciate od il ghiaccio in pezzetti.

Le iniezioni di siero gelatinato al 2 % sono più consigliabili che quello di siero di cavallo semplice, che, secondo l'A. si debbono proscrivere. Buoni risultati darebbe l'olio canforato (4-5 iniezioni di 4 cmc. nelle 24 ore).

I principali rimedi sono il cloridrato di emetina, specialmente utile negli ipertèsi (8 cg. in due iniezioni) e l'estratto ipofisario (lobo posteriore); se ne inietta sottocute 1 cmc. (corrispondente a cg. 5 di sostanza fresca) ogni 2-3 ore fino a cessazione dell'emottisi; nei giorni seguenti, una fiala mattina e sera. In casi di emorragie molto importanti o resistenti, si pratica l'iniezione endovenosa.

3) Forme molto abbondanti o recidivanti. Si potrà ricorrere, oltre alla legatura degli arti, al pneumotorace artificiale.

Cura consecutiva. — È sempre necessario facilitare l'espulsione del sangue bacillifero versatosi nelle vie respiratorie. Quindi, i calmanti della tosse vanno somministrati con parsimonia e soltanto se la tosse è secca o stizzosa. L'ammalato verrà poi sorvegliato per impedire il ripetersi della emottisi.

fil.

L'ossigeno nel trattamento della polmonite.

A. Cannon (*British med. journ.*, 21 aprile 1928) parte dall'osservazione che il pneumococco prospera bene nelle colture in presenza di ossigeno, ma se la concentrazione di questo oltrepassa un certo limite, esso ne soffre e muore. L'A. ritiene perciò giustificato l'uso dell'ossigeno nella polmonite, ma fa rilevare che esso ha provocate molte morti perchè è stato somministrato a bassa temperatura. Egli invece lo somministra caldo.

facendo passare i tubi in un bagno di acqua a circa 50° e facendo in modo che il gas esca a temperatura di 37° circa. Entro sei ore, si ha abbassamento della temperatura e della frequenza del respiro, e tale miglioramento continua. Il più spesso la crisi sopravviene entro tre giorni. Per evitare il collasso, l'A. consiglia, oltre al vecchio metodo sempre efficace della somministrazione della digitale, l'iniezione giornaliera di pituitrina.

L'ossigeno va somministrato per 15 minuti ogni ora, mediante un piccolo tubo di Littré.

fil.

Espettoranti e preparati d'ammonio nella terapia pediatrica.

G. B. Allaria (*La pediatria del medico pratico*, nov. 1928) osserva che l'ipecacuana va sempre esclusa dal gruppo degli espettoranti in pediatria e che, qualora il medico voglia seguire ancora la tradizione e prescrivere la poligala, non la si deve mai ordinare nel periodo infettivo o febbrile, ma riservarla per quello postinfettivo, risolutivo.

Va invece data la preferenza ai preparati di ammonio, fra cui sono i seguenti:

1) *Liquore anisato d'ammonio.* Evitare di prescriverlo con altri rimedi, ma darlo solo a gocce nella quantità necessaria di acqua zuccherata: 1/2 goccia pro dose nel primo semestre di vita, da ripetersi varie volte al giorno; nelle età successive, da 1/2 ad 1 goccia moltiplicata per gli anni di età fino ad un massimo di 10 gocce; da ripetersi parecchie volte al giorno (ogni 2-4 ore).

2) *Acetato liquido d'ammonio.* Diaforetico, espettorante antidispnoico. Dopo il primo anno di vita, lo si può prescrivere, per via orale, in ragione di 1/2 grammo pro dose (più tardi anche 1 g.).

Pr.		
	Acetato liquido d'ammonio	g. 5
	Acqua di fiori d'arancio	» 20
	Infuso di tiglio raffreddato	» 60
	Sciroppo semplice di zucchero	» 30

Un cucchiaio da tè o da frutta ogni 2-3 ore.

3) *Carbonato d'ammonio.* Ha le stesse indicazioni del liquore anisato di ammonio, che sostituisce quando al bambino ripugna il sapore di anice. Lo si usa come espettorante e stimolante nelle malattie gravi (tifo, scarlattina, polmonite astenica) e nell'avvelenamento da narcotici. Dosi: 5 cg. pro dose, per anno di età; da ripetersi varie volte.

Pr.		
	Carbonato d'ammonio	g. 1
	Acqua semplice	» 90
	Sciroppo d'altea	» 30

S. A cucchiaini.

Lo si usa anche per inalazioni, al 5 ‰ nelle laringiti e bronchiti.

4) *Cloruro d'ammonio.* È raccomandabile, come espettorante, nei catarri subacuti o cronici apiretici delle vie respiratorie (bronchiti, laringiti); esercita pure azione diaforetica e diuretica. Lo si dà a dosi uguali a quelle del carbonato.

fil.

La terapia medica dell'empiema diplococcico nel bambino.

C. Cocchi (*Riv. di Clin. pediatrica*, vol. XXV, n. 6) consiglia di utilizzare la nota azione dei sali biliari sui pneumococchi. Da esperienze dell'A. stesso, risulta che la lisi dei pneumococchi è molto evidente alla concentrazione di 0,50 % di taurocolato di sodio ed è totale a quella di 1,25 %.

L'A. usa il metodo seguente: Svuotamento dell'empiema mediante il Potain, lavatura con soluzione fisiologica tiepida ed iniezione di taurocolato di sodio (1-2 grammi sciolti in 10 cmc. di soluzione fisiologica).

Le lavature e le iniezioni di taurocolato vanno ripetute ogni 3-4 giorni. Bastano, in generale, 2-3 per ottenere la sterilizzazione della cavità pleurica. I diversi casi clinici riportati dall'A. con grafiche di temperatura e radiografie, dimostrano che il metodo è innocuo ed efficace. Vale la pena di tentarlo, tenuto conto della impossibilità di guarigione dell'empiema con il solo svuotamento e della gravità dell'intervento chirurgico.

Per impedire l'inquinamento del cavo pleurico l'A. usa un apparecchio in vetro, di semplice costruzione, del quale dà la descrizione e la fotografia.

fil.

Nuovo metodo di cura della pertosse.

Mensi (*Clinica ed Igiene Infantile*, n. 9, 1928) ci fa conoscere un nuovo metodo di cura per la pertosse adoperato dallo Jundel.

Egli adopera iniezioni di siero materno o di altri individui adulti non preoccupandosi se hanno o no sofferto da bambini la pertosse. La quantità di siero varia da 5-40 cmc. a seconda dell'età del malato; il numero delle iniezioni oscilla da 1 a 4; gl'intervalli tra le iniezioni vanno da 2 a 18 giorni. Le iniezioni fatte nei bambini nello stato catarrale o nello stadio di incubazione determinano la cessazione della malattia, e solo rare volte ebbe in lattanti tosse con accessi convulsivi. Anche nei bambini in cui la prima iniezione fu fatta allo stadio spasmodico si ebbe un miglioramento progressivo, e la malattia ebbe un decorso benigno.

È un metodo di cura del tutto innocuo e relativamente di facile attuazione.

BALDARI.

VARIA.

Emozioni e funzioni organiche.

I rapporti tra emozioni e funzioni organiche hanno costituito l'oggetto di numerosi e lunghi studi da parte di psicologi e fisiologi. Sono ben note le modificazioni circolatorie e respiratorie che accompagnano le emozioni, e sono altrettanto note le discussioni alle quali hanno dato luogo i rapporti tra le une e le altre, in quanto per alcuni le modificazioni stesse sarebbero un effetto indotto dal fatto emotivo, per altri la origine e la causa dell'alterazione del tono emotivo e per altri infine semplici concomitanti fisiologici delle emozioni.

Ma queste discussioni sono oramai superate in quanto sembra assodato che le alterazioni fisiologiche sono, in rapporto al tempo, secondarie al fatto emotivo come puro fenomeno spirituale.

Attualmente quel che più interessa si è che l'influenza delle emozioni sulle funzioni organiche si va assodando sempre più larga ed importante. Al riguardo sono interessanti gli studi di Cannon, che dell'argomento ha recentemente fatta un'ampia esposizione alla Massachusetts Medical Society.

Dal punto di vista fisiologico l'emozione è un riflesso, che dai riflessi più semplici, come lo starnuto e la tosse, si distingue solo per maggiore complessità.

Pigliando ad esempio la rabbia, si constata come in questo stato emotivo, nella sua forma più accentuata, si determinano fatti fisiologici (volto torvo ed arcigno, denti stretti e digrignati, grida ed imprecazioni, tutta la muscolatura tesa per l'attacco) che sono costanti negli uomini di tutte le razze ed anche negli animali. D'altra parte nello stesso stato Cannon ha messo in evidenza la concitazione del cuore, l'aumento dei corpuscoli rossi in circolazione, l'aumento della ventilazione polmonare, la dilatazione dei piccoli bronchi, la maggiore produzione di zucchero da parte del fegato e di adrenalina, fatti tutti che rendono l'organismo più pronto all'azione, più efficiente, più aggressivo.

Tutte queste reazioni sono innate, pronte, costanti, uniformi, permanenti, utilitarie, specifiche in rapporto alla natura dello stimolo, e sono quindi null'altro che riflessi.

In relazione alla loro complessità questi riflessi non possono avere i loro centri nel midollo spinale, ma in parti più alte del sistema nervoso centrale.

Nel cervello dei vertebrati più bassi, mancanti di corteccia, vi sono centri che governano le funzioni primitive intese alla conservazione dell'esistenza, quali l'aggressione della preda e la fuga dai nemici, attività che nell'uomo sono legate alle emozioni della rabbia e della paura.

Queste funzioni-emozioni nell'uomo sono in condizioni normali inibite dalla corteccia, ma si scaricano liberamente quando lo stimolo provocatore è forte o ripetuto, o quando con un mezzo qualsiasi si paralizza l'attività inibitoria.

Così nell'anestesia incompleta, quando la corteccia è paralizzata e permane l'attività dei centri più bassi, il paziente piange, ride, grida o è preso da uno stato di agitazione muscolare analoga a quello che si ha nella rabbia, e presenta pure altri fatti fisiologici concomitanti di questo stato emotivo, come l'erezione dei peli, la dilatazione delle pupille, la perdita dell'urina, l'ipertensione vasale, la concitazione cardiaca, l'ipersecrezione d'adrenalina, l'aumento della glicemia.

L'esperimento e la clinica concorrono nel localizzare i centri dei riflessi emotivi nella porzione più antica del cervello, nel talamo ottico, che è una parte del dielencefalo. Questa regione non ha l'alta complessità della corteccia cerebrale, capace di sempre nuovi adattamenti agli stimoli esterni, nè la semplicità del midollo spinale, nel quale si elaborano riflessi primitivi costituiti da reazioni uniformi e semplici. Le attitudini tipiche e le modificazioni viscerali risultanti dall'attività del talamo pur essendo stereotipiche sono qualche cosa di più complesso e di più importante agli effetti psicobiologici di quel che può essere un semplice riflesso tendineo o cutaneo.

In alcune forme di emiplegia si ha l'immobilità completa di una metà della faccia, ma se il paziente prova un'emozione, triste o lieta, i muscoli facciali che non rispondono più agli stimoli volontari, ossia corticali, entrano in azione ed in ambo i lati della faccia si ha l'espressione della tristezza o della gioia. Ciò prova che in questi casi vi è interruzione sottocorticale delle vie motrici con integrità del talamo ottico. Perfettamente il contrario si ha nei casi di lesione unilaterale delle vie sottotalamiche: il paziente muove volontariamente i muscoli di ambo i lati della faccia, ma quando piange o ride l'espressione emotiva è unilaterale.

La regione talamica non è solo una stazione delle vie nervose delle varie espressioni delle vie emotive, ma la sede nella quale sono elaborate le sensazioni emotive. Head ha riferito di numerosi casi di lesioni unilaterali della regione talamica, nei quali gli stimoli produttori di sensazioni a varie tonalità provocano nel lato leso effetti eccessivi.

È interessante il fatto che mentre i muscoli scheletrici si trovano sotto il controllo ed il governo della corteccia e del talamo, i visceri si trovano sotto il controllo del solo talamo. Noi possiamo piangere in seguito ad una sensazione dolorosa (pianto talamico) ed anche volontariamente (pianto corticale), ma non possiamo con la volontà fare aumentare lo zuc-

chero nel sangue, accelerare i battiti cardiaci o arrestare la digestione.

Gli eccitamenti emotivi possono paralizzare la peristalsi gastrica ed arrestare la secrezione dei succhi digerenti. Un pasto serale può rimanere indigerito tutta la notte nello stomaco in conseguenza di forti emozioni. La secrezione della saliva, del succo gastrico e pancreatico può essere arrestata dalla paura. L'intero processo digestivo può essere profondamente disturbato dall'angoscia e dall'apprensione, forme minori della paura. È stato calcolato che circa un terzo dei casi di disordini dell'apparato digerente sono dovuti a squilibri emotivi. Ora quando si consideri che dalla normalità della funzione alimentare dipendono tutte le altre funzioni, si può desumere quali effetti perniciosi su tutta l'economia organica producono gli eccessi emotivi.

Il sistema cardio-vascolare, come quello digerente, è sotto l'influenza del simpatico, ma invece di essere depresso o inibito è da esso eccitato. Gli eccitamenti che arrestano la digestione gastrica aumentano la frequenza dei battiti cardiaci e la pressione sanguigna. L'ipertensione in questi casi oltre che dalla concitazione cardiaca è prodotta dalla costrizione delle arteriole che aumenta la resistenza al flusso del sangue. La paura, il terrore, l'angoscia, come il piacere intenso possono produrre un aumento della pressione vasale perfino di 90 mm. di mercurio.

L'iperglicemia emotiva si produce sopratutto nelle competizioni sportive.

Le emozioni violente possono produrre profondi effetti sull'organismo attraverso le influenze esercitate sulla tiroide. Al riguardo è da ricordare l'ipertiroidismo prodotto dallo spavento.

Altri effetti degli stati emotivi sono i disordini della mestruazione, della minzione, della secrezione lattea, della secrezione dell'adrenalina, l'alterata coagulabilità del sangue, l'aumento del numero delle emazie, ecc.

In genere le conseguenze sono più notevoli sugli organi innervati dal sistema nervoso simpatico-glandulare a secrezione esterna ed interna, organi muniti di fibre muscolari liscie.

Come si è detto, le reazioni emotive hanno i caratteri dei riflessi. Ora per evocare un determinato riflesso occorre uno stimolo appropriato: un'irritazione della laringe produce la tosse, l'alimento nella bocca induce la secrezione salivare. Lo stesso avviene per le emozioni. Watson ha trovato che nei neonati i rumori forti e la mancanza di sostegno sono gli stimoli naturali della paura, la limitazione o l'impedimento dei liberi movimenti è lo stimolo naturale primitivo della rabbia.

È ben noto come ai riflessi ordinari si possono aggiungere o sostituire i così detti riflessi condizionali, nel senso che la reazione si verifica anche quando agli stimoli ordinari siano sostituiti stimoli indifferenti che siano stati precedentemente associati con i primi. La secrezione salivare si determina introducendo nella bocca un alimento, ora se si ripete più volte quest'atto mentre si fa colpire l'occhio da una luce rossa, questa con l'andar del tempo finirà per determinare da sola la secrezione salivare.

Un fenomeno analogo si verifica per le reazioni emotive. Un bambino che vede un topolino bianco non ne ha paura, anzi cerca di afferrarlo per giocarvi. Ma se allo stesso bambino si mostra ripetutamente il topolino mentre gli si fa sentire un forte rumore, la paura destata da questo finirà per essere provocato anche dalla semplice vista del topolino non accompagnata dal rumore. Così lo stesso oggetto diventa secondo le circostanze lo stimolo per reazioni emotive a tonalità differenti. La donna che vede il marito parlare con una donna sulla strada proverà un'intensa emozione, che si ripeterà ogni qual volta passerà per lo stesso punto anche se non v'incontrerà più il marito e l'altra donna. Così le reazioni emotive associate diventano l'oggetto di sempre più complicati stimoli condizionali, fino ad aversi una grande complessità della condotta affettiva.

Le applicazioni pratiche di queste considerazioni psicologiche riguardano sopratutto la pedagogia e l'igiene mentale.

La corteccia non ha un controllo diretto sulle manifestazioni emotive viscerali, ed è quindi assurdo il tentativo di arrestare o inibire reazioni emotive a mezzo della volontà e quindi della persuasione.

È sulle regioni sottocorticali e quindi sull'incosciente che bisogna agire.

L'iperemotività con la consecutiva accentuazione delle reazioni organiche è in rapporto con un'ipereccitabilità costituzionale della regione talamica o con l'eccessivo stabilirsi delle reazioni affettive condizionali. Si dovrebbe perciò tendere a ridurre al minimo possibile lo stabilirsi di queste reazioni.

D'altra parte alla vita affettiva si adatta il principio dell'allenamento proprio di ogni fatto biologico.

Le emozioni ripetute perdono progressivamente l'intensità del loro tono e come si sbiadisce il fatto affettivo spirituale così si rendono meno vivaci le reazioni viscerali.

Come l'abitudine alle intemperie aumenta la resistenza organica verso le affezioni broncopulmonari, l'abitudine alle emozioni rafforza e irrobustisce lo spirito, annulla l'effetto delle medesime sul corpo.

Le considerazioni su esposte infine spiegano come la calma emotiva sia un'imprescindibile necessità terapeutica di tutte le malattie.

argo.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Pletora medica e professionismo.

Il prof. Vittorio Ascoli ha pubblicato in « Realtà » un articolo dal titolo *Professionismo*, che tutti, professionisti o non, dovrebbero meditare. Mai la quistione è stata trattata con tanta franchezza, con tanta larghezza di vedute.

È la prima volta che della degenerazione professionale si parla, quantunque con garbo, senza eufemismi e senza lirismi falsi quanto inopportuni.

Il prof. Ascoli tratta degli inconvenienti di tutti i professionismi, ma è naturale che attraverso la generalizzazione si fa sentire la competenza e la passione del medico, ed è altrettanto naturale che noi applichiamo al misero caso nostro le sue considerazioni.

Il prof. Ascoli non dice in termini crudi, ma da tutto il contesto del suo scritto appare questa verità lampante: l'abbondanza dei professionisti è una vera piaga nazionale, e dalla professione medica una volta ritenuta essenzialmente umanitaria esala un odore d'immoralità, inevitabile del resto in ragione della forte sproporzione tra l'offerta e la domanda.

È puro tradizionalismo lirico — è più esatto dire ipocrisia — parlare ancora di missione intenzionalmente umana, sociale, etica, scientifica; di missione disinteressatamente intrapresa.

Vero è che malgrado tutto l'ideale, malgrado tutto l'altruismo della giovinezza, i laureati dal liceo si iscrivono alla facoltà di medicina, così come si iscriverebbero ad un'altra facoltà, semplicemente per calcolo, per vivere.

È una scelta del mestiere, nella quale l'amore dell'umanità entra poco o nulla, l'amore della scienza forse meno, la vocazione e l'attitudine non contano affatto, ed il calcolo è tutto o quasi.

Calcolo senza dubbio sbagliato, perchè se i giovani avessero l'esatta visione di quel che è attualmente la condizione del medico, prenderebbero altra via.

I giovani sono abbacinati dal miraggio di lauti guadagni, di posizioni eminenti; considerano come raggiungibile da tutti la condizione dei grandi professionisti. Nella faciloneria, nell'esuberanza della loro età, hanno una fiducia eccessiva nelle proprie forze, e s'illudono di poter facilmente, sicuramente raggiungere ciò che è il privilegio di pochi. Non sono spaventati dei sacrifici da sopportare, degli sforzi da sostenere, degli ostacoli da superare. Non sanno che di fronte alla fortuna raggiunta da pochi, e quasi sempre tardi, c'è la zona grigia dei non arrivati che sono molti, che sono la grande maggioranza..

Per i più la fine degli studi segna l'inizio di nuovi sacrifici, di più gravi cimenti, e di sempre nuove disillusioni.

Il bilancio della domanda e dell'offerta, del bisogno e della produzione non ha nelle professioni un sicuro e ben calcolato freno automatico.

La dignità, il prestigio e fino ad un certo punto l'agiatezza che sono state fino a poc'anzi l'appannaggio delle professioni in genere, e di quella medica in specie, hanno richiamato nelle Università gran numero di giovani, distraendoli da attività più proficue per loro, più feconde per la collettività.

Il disagio dei medici non è ancora così profondo da essere chiaramente avvertito fuori della classe e dal trattenere i giovani dal prendere la stessa via.

Le iscrizioni alla facoltà di medicina hanno avuto delle oscillazioni non in rapporto alla densità professionale, ma per il fatto che lo sviluppo delle industrie e dei commerci hanno richiamato in maggior numero gli studenti verso le scuole d'ingegneria, di chimica e di scienze commerciali e sociali.

Tuttavia gli aspiranti medici sono sempre più, e sempre in numero eccessivo.

E non è un freno la considerazione che per la media, per la grande maggioranza dei professionisti, il reddito è basso. Non spaventano i disagi e le miserie della condotta, le alee e le ansie del libero esercizio, le mortificanti condizioni dei medici negli impieghi pubblici.

La pletora professionale, malgrado tutto, cresce sempre e con essa, dilagante e degradante, il professionismo.

I medici non possono essere scarsi come una volta, devono essere di più. I mezzi d'indagine si sono moltiplicati e specializzati in modo da rendere indispensabile il concorso di più competenze, i perfezionamenti dell'assistenza pubblica e privata, la diffusione dell'igiene, l'istituzione delle varie forme di assicurazione richiedono e giustificano un maggior numero di medici.

Ma l'aumento non è stato, non è proporzionale alle necessità, e la pletora ha creato attività parassitarie, immorali o comunque indecorose.

Hanno prosperato così il ciarlatanismo, il commercialismo, la concorrenza cannibalesca, la dicotomia, il sensalismo ed altre forme di degenerazioni e di aberrazioni professionali ancora meno confessabili.

Medici che per la loro costituzione morale più robusta e perchè meno aggressivi sono incapaci di transazioni o di lotte, si adattano a mestieri se non umilianti almeno degradanti in rapporto alla loro cultura.

E così la svalutazione professionale si fa sempre più acuta, aggravando i disagi della pletora.

Quali i rimedi?

Si parla da anni di albi chiusi e di limitazione delle iscrizioni all'Università, ma finora non si è venuto a capo di nulla.

Certo si tratta di un problema intricato e complesso, per il quale ogni soluzione offre il fianco alla critica e urta interessi molteplici.

L'albo chiuso è invocato dai più, anche perchè in Italia è in attuazione per la professione di avvocato.

Ma l'analogia addotta per sostenere un simile provvedimento in effetti non c'è. La laurea in leg-

ge dà il modo di concorrere alla gran maggioranza delle carriere statali, consente molte attività in ogni campo della vita pubblica e privata.

Dei laureati in legge è la minoranza quella che esercita la professione di avvocato.

Non è così per la laurea in medicina. Gli impieghi medici sono pochissimi e tutt'altro che allettanti e per la grande maggioranza dei laureati in medicina non c'è che la condotta o il libero esercizio.

Il provvedimento quindi della chiusura degli albi potrebbe essere comodo e conveniente per quelli che già si trovano iscritti; ma per molti anni lascerebbe i neolaureati sulla strada o comunque nell'impossibilità di sfruttare un titolo che è costato tanti sforzi.

Miglior partito sembra quello di contenere alle origini gli aspiranti alla professione. Ne guadagnerebbe così anche la serietà degli studi e si avrebbero professionisti più colti di quelli che le molte Università italiane oggi versano in gran numero sul mercato.

Dare il via ai migliori, metterli in condizione di istruirsi meglio, aiutare i meno agiati durante gli studi ed ai primi passi professionali: ecco quel che sembra il modo migliore di assicurare alla nazione una classe medica decorosa ed in grado di attendere alle sue alte e molteplici incombenze.

Il prof. Ascoli scrive: « Il vero fulcro nella scelta delle professioni dovrebbe essere il passaggio dalle scuole medie alle superiori. La selezione professionale dovrebbe essere sorvegliata e garantita dalle illuminate e severe disposizioni che contemperino le attitudini agli scopi, il numero alle potenzialità economiche. I giovani troveranno delle difficoltà, ma s'affacceranno alla vita con gli occhi aperti e per vie ben chiare ».

E non si obbietti che la limitazione del numero delle iscrizioni può andare a discapito della diffusione della cultura e del progresso della scienza.

È vero perfettamente il contrario. La cultura media dei medici si è andata abbassando con il loro moltiplicarsi, e l'incremento della scienza non si è certo accentuato con l'affollamento degli istituti universitari. Il numero si è dimostrato soffocante, la quantità si è avvantaggiata a tutto discapito della qualità.

E non si è molto lontani dal vero affermando che ora la selezione avviene a rovescio. I giovani più illuminati e più consapevoli si rendono conto più esattamente della situazione e non si incamminano per una via a sbocchi oscuri.

D'altra parte, le necessità della vita costringono alla ricerca del guadagno subito dopo il conseguimento della laurea.

Alla pura ricerca scientifica possono attendere così non i più intelligenti e i più colti, ma i più agiati.

Nè i neolaureati hanno la possibilità di attendere al perfezionamento culturale ed all'allenamento clinico, indispensabili per esercitare correttamente.

Ed i medici esercenti non hanno la tranquillità di spirito, il tempo di tenersi al corrente dei progressi della medicina.

Spesso per essi il maggiore lavoro consiste nella ricerca del lavoro, il maggiore sforzo mentale è teso alla ricerca dei mezzi di vivere più o meno decorosamente.

È ovvio che tale stato di cose ha addentellati più o meno profondi nella vita collettiva.

Il professionismo medico danneggia non solo una categoria di cittadini, il che è già abbastanza, ma tutta la collettività. La degenerazione professionale dell'arte sanitaria provoca ed incrementa forme di attività che, anche senza raggiungere i confini del codice penale, sono scorrette nella forma e nocive nella sostanza.

Lo Stato non può disinteressarsene.

Pangloss.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALATRI (*Frosinone*). — Scad. 11 mar.; L. 8500 per 1000 pov., addizion. L. 4 fino a 2000 e L. 5 oltre; c.-v.; 5 quadrienni dec.

CHIARI (*Brescia*). — Il concorso medico indetto coll'avviso in data 30 dicembre 1928 è prorogato sino al 10 marzo 1929. Restano ferme ed invariate tutte le norme e disposizioni del concorso.

CORIANO (*Forlì*). — Il locale Podestà informa che il concorso medico alla condotta è prorogato al 15 marzo 1929.

ENNA. *Ospedale Umberto I.* — Direttore Medico Chirurgo; titoli od eventualmente esami; L. 18.000, partecipazione 45 % sulle operazioni chirurgiche. Istanze o chiarimenti: Presidente della Congregaz. di Carità. Scad. 31 marzo, ore 18.

GENAZZANO (*Roma*). — A tutto 30 mar.; 1ª cond.; L. 9500 per 1000 pov.; 5 quadrienni dec.; c.-v.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 15 feb.

GENOVA. *Spedali Civili.* — Primario chirurgo; L. 5700 (*sic*); nom. quinquennale, conferme triennali fino a 60 anni; laurea da 6 anni; tassa L. 50; chied. annunzio. Scad. ore 15 dell'11 mar. Rivolgersi Segreteria (Spedale S. Martino).

GROSSETO. *Consorzio Antitubercolare Provinciale.* — Medico direttore; titoli ed esami; L. 16.000 e due scatti quadriennali di L. 1000, oltre lire 2000 serv. att.; divieto lib. esercizio ecc.; scad. ore 18 del 15 apr. Doc. a 3 mesi dal 15 feb.; tassa L. 50; età lim. 40 a. Chied. annunzio. Rivolgersi Ufficio di Segreteria.

IMPERIA. *Amministraz. Provinciale.* — Direttore della Sez. medico-micrograf. e bacteriologica del Laborat. prov. d'igiene e profilassi; L. 13.700 aumentab. a L. 16.000. Scad. 29 mar.

LUCCA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Direttore tecnico sanitario dei servizi antitubercolari. Proroga a ore 17 del 10 marzo.

MILANO. *Pio Istituto di Santa Corona.* — Medico direttore Istituti in Pietraligure; L. 35.000 oltre L. 7000 residenza; alloggio d'obbligo; scad. ore 17 del 15 mar.; laurea da 10 anni; doc. a 3 mesi dal 25 mar. Per informazioni e domande rivolgersi all'Ufficio Protocollo, via C. Correnti 13, Milano.

PESCARA. *Laboratorio Provinc. di igiene e profilassi.* — Direttore Sezione Medico-Micrografica. Stip. annuo L. 12.000 suscettibile di 4 aumenti quadr. di L. 1000 ciasc., oltre indenn. L. 3000 ser-

vizio attivo e cointeress. 30 % provento indag. interesse priv., più indenn. caro-viveri. Scadenza ore 19 del 13 aprile.

Coadiutore Sezione Chimica. Stip. L. 10.000 suscettibile di 4 aum. quadr. di L. 800 ciascuno; indenn. serv. att. L. 2000 e cointeress. 12 % sul prov. indag. interesse priv., più indenn. caro-viveri. Scadenza ore 19 del 13 aprile.

Tasse di concorso L. 50,10 e richieste di chiarimenti alla Segreteria locale Amministr. Provinciale.

PUOS (*Belluno*). — Scad. 12 mar.; con Farra d'Alpago; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre lire 1000-2000-3500 trasp., c.-v., L. 500 se uff. san.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 10 feb.

ROMA. *Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia.* — Direttore sanitario della Casa di Maternità « Regina Margherita » di Bordighera. Scad. 40 gg. dal 15 feb. Vedi fasc. 8.

SABBIONETA (*Mantova*). — Scad. 10 mar.; 1° reparto; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1500 trasp., c.-v. L. 1227 se coniugato, L. 900 se uff. san., L. 1000 dalla Congreg. di C. per direz. Ospedale; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

VENEZIA. *Comune.* — Tre condotte per sestieri di città, L. 8000; una per 3 frazioni, L. 10.500; 4 quinquenni dec.; L. 500 serv. att.; c.-v.; per indenn. trasp. e altre condiz. chiedere annunzio. Età lim. 40 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 10 feb. Scad. tutto 15 mar.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Sono trasferiti i proff. Ivo Nasso, di clinica pediatrica, da Perugia a Messina; Luigi Torraca, di patologia chirurgica, da Sassari a Padova.

Il prof. Vercesi, di clinica ostetrica a Sassari, mantiene la cattedra attuale. È stato revocato il decreto con cui veniva trasferito a Siena.

Nella solenne seduta del 6 gennaio, all'Istituto Lombardo di Scienze e Lettere, si è proceduto alla premiazione dei concorrenti alla « Fondazione Luigi Devoto ». Su relazione a firma del prof. Monti, anatomo-patologo della R. Università di Pavia, il premio fu suddiviso fra i tre seguenti studiosi: 1) prof. dott. G. Aiello (Milano) per il lavoro « Patologia da elettricità e raggi X »; 2) prof. F. Battaglia (Milano) per « Rene saturnino »; 3) prof. Koelsck (Monaco di Baviera) per « Patologia dei vetrai ».

NOSTRE CORRISPONDENZE.

***Da Trieste*:**

II. Conferenza del prof. L. Devoto.

Il prof. DEVOTO, dopo aver rivolto un grato pensiero al podestà sen. Pitacco, presente alla conferenza, e al prefetto, che gentilmente ha voluto essere rappresentato, così parlò della medicina sociale e nazionale in Italia:

Basi nuove di medicina sociale e nazionale in Italia. — La medicina, per sua natura, dallo studio dell'individuo malato è idealmente condotto verso le masse per prevenire le altre malattie, per attenuare le conseguenze di esse, per proporre norme di previdenza, per restituire alla società più sani che possibile gli individui colpiti da malattie.

Ogni medico individuale è quindi un medico sociale o tale deve rendersi. Ma l'Italia non ha soltanto una tradizione umana, non solo ha fatto del sentimento una molla squisita per operare a vantaggio delle comunità: oggi nuovi e coraggiosi assilli vanno orientando la medicina italiana verso una caratteristica spiccatamente nuova di medicina sociale, nazionale o nazionalista. Se i medici italiani in passato non hanno potuto far sentire tutta l'influenza di cui erano capaci per il bene della nazione, colpa ne fu dei governi che mai ebbero in vista gli alti problemi della vitalità della nazione. Ma oggi, che la medicina può essere ascoltata, deve uscire di più dalla sua crisi individualistica per affermarsi sostegno prezioso della maggiore vita della nazione. È chiaro che quando il capo del governo parla del « numero come forza », si riferisce ad una forza reale, cosciente ed operante, ossia forza espressa da individui forti e sani; perchè verso questo panorama di italiani più sani di mente e di braccio mirano tutte le iniziative del regime: dalla legge contro la tubercolosi alla legge per la maternità e l'infanzia, le provvidenze per le cure montane e marine, ecc.

Come avviene delle più grandi concezioni umane, la Carta del Lavoro nelle sue alte missioni educatrici trova i consensi orali, ma solo lentamente va trasformando lo spirito degli italiani: ora essa deve sopratutto parlare agli ambienti medici, i quali più che prendere atto di quello che essa impone, debbono rendere ossequio pratico e concreto al principio che tutela la salute di chi lavora, di chi è in pericolo, di chi è stato minorato nel lavoro.

Questa perequazione dei lavoratori di ogni parte d'Italia al cospetto della salute, deve essere sopratutto opera di medici italiani che saranno orgogliosi di porsi in prima linea, ma non vi sono battaglie che prescindano dalle adeguate preparazioni tecniche. Le Facoltà mediche non possono dare questo allenamento professionale, debbono procurarsele i medici laureati anche in vista dei posti di particolare fiducia che si vanno a poco a poco creando nelle organizzazioni assicurative, sindacali ed industriali. Il medico è corso troppo dietro ai richiami immediati, questi ora si vanno diradando. Si è chiesta la limitazione delle iscrizioni nelle Facoltà mediche, la chiusura degli albi: sono errori. Nella grande cornice della medicina preventiva e nazionale, vi è posto per medici in maggior numero, a patto che il medico abbandoni il pensiero della città. La medicina deve seguire lo sfollamento delle città, deve avvicinarsi con tutta dignità ai borghi e agli agglomerati rurali e qui operare come da un poligono.

È medicina nazionale quella che protegge i sublimi prodotti delle nostre terre, i nostri risi, le nostre uve, le nostre verdure, le nostre frutta, consumati in più larga misura anche in casa nostra, per ordine e per propaganda del medico, accreditando le terre italiane e concorrendo così al movimento per il ritorno alla terra.

La lotta per il numero assegna ai medici compiti di primo ordine anche sotto altri aspetti: la medicina protegge la maternità, diminuisce il numero dei nati morti e degli aborti, rivela, e pratica con successo le risorse dell'assistenza prenatale. Ma alle amministrazioni pubbliche, a parità di merito, devono preferirsi i giovani medici che sono agguerriti nel campo della medicina sociale e dell'igiene preventiva.

Nel superbo e grandioso edifizio dell'Italia dai sessanta milioni, quale è concepito da Mussolini, la medicina italiana vuol avere il suo settore per

la più rapida e sicura costruzione. I medici sono a disposizione della Nazione, essi si metteranno in grado di rispondere a tutti gli appelli che loro saranno rivolti, mentre essi traggono già una potente ispirazione dai discorsi che il Capo del Governo ha diretto agli italiani dalle miniere di Caltanisetta e del Monte Amiata, dalle provvidenze a favore dell'igiene del lavoro, dalla Carta del Lavoro, e dallo scritto sul « Numero e la forza ».

Solo per questa grande via la medicina può diventare medicina nazionale e medicina preventiva.

RONCALI.

NOTIZIE DIVERSE.

Accademia Lancisiana di Roma.

Il 14 febbraio ebbe luogo la 4ª seduta ordinaria dell'Accademia Lancisiana, con l'intervento di moltissimi dei più noti scienziati e medici.

Il vice-presidente prof. Margarucci aperta la seduta ricordò la recente nomina del socio Arnaldo Fioretti a membro del Gran Consiglio e propose l'invio di un telegramma di congratulazioni per l'altissima designazione. La proposta fu accolta all'unanimità. S'iniziarono quindi le varie comunicazioni dei proff. Cattaneo, Auriti, Ferreri Giorgio, Vidau, Motta, e dei dott. Panico, Aprile, Antognoli, Starna.

Giornate Mediche di Parigi.

Le Giornate Mediche di Parigi del 1929 si svolgeranno, come abbiamo annunziato, fra il 9 ed il 14 giugno prossimo; sono organizzate col concorso della *Revue Médicale Française* e dei suoi collaboratori, e sono aperte a tutti i medici francesi o stranieri, come agli studenti di medicina.

Il comitato è così costituito: presidente: prof. Delbet; vice-presidenti: proff. Sergent e Desgrez; commissario generale: prof. Balthazard; segretario generale: dott. Léon Tixier; segretario generale aggiunto: M. Deval, capo di Laboratorio alla Facoltà di Medicina; tesoriere: dott. Léon Giroux, ex aiuto alla Facoltà di Medicina.

Il programma delle giornate avrà il suo svolgimento al Palazzo delle Esposizioni della città di Parigi (Porta di Vaugirard), ove sarà preparata un'esposizione sotto il patronato del Comitato Francese delle Esposizioni e sotto la direzione di Jean Faure, presidente del Sindacato dei Fabbricanti di Prodotti Farmaceutici. Nel pomeriggio si terranno varie conferenze nella nuova sala del Palazzo delle Esposizioni, per cura dei professori Delbert e Sergent, del dott. Lesné, medico degli ospedali, ecc.

Nella mattinata, un programma giudiziosamente preparato consentirà agli aderenti di seguire le dimostrazioni pratiche fatte col concorso di tutti i Capi Reparto nelle Cliniche della Facoltà e negli Ospedali pubblici e privati, all'Assistance Publique, all'Istituto Pasteur, all'Istituto del Radio, ecc.

Il Comitato dei festeggiamenti, presieduto dal dottor Henri de Rothschild, ha preparato un programma assai attraente: domenica 9 giugno: grande ricevimento al Palazzo delle Esposizioni: orchestra e parte teatrate; buffet; martedì 11 giugno: serata all'Opéra; giovedì 13 giugno: escursione in autocarri nella vallata di Chevreuse, colazione a Rambouillet, visita ai castelli di Rambouillet, Dampierre, all'Abbazia di Port-Royal-des-Champs, merenda all'Abbazia dei Vaux-de-Cernay; venerdì 14 giugno: gli aderenti saranno ricevuti in diverse stazioni climatiche, termali e marine, in condizioni particolarmente piacevoli e vantaggiose.

Un comitato di Dame dirigerà ogni giorno le passeggiate per visite alle grandi sartorie, ai musei, o per partecipazione a concerti, thè, ecc.

Il Comitato ha tratto profitto dell'esperienza acquistata per introdurre tutti i desiderabili miglioramenti.

Quota: 50 franchi per gli aderenti alle Giornate; 20 franchi per le Signore e per gli studenti in medicina. Pagamento a mezzo vaglia internazionale o per chèque, da mandare al dott. Léon Tixier, 18, Rue de Verneuil, Paris (VIIe), al quale si può rivolgersi per qualsiasi schiarimento.

Convegno medico interprovinciale per la cura del clima di montagna.

Centosessanta sanitari di Lombardia sono intervenuti il 17 febbraio al primo Convegno medico interprovinciale, promosso dalla Società medico-chirurgica di Brescia tenuto al Pontedilegno per valorizzare l'efficacia terapeutica del clima invernale di montagna. Assistevano alcune notabilità della scienza medica e professori delle Università di Milano, Pavia, Parma, ecc. I congressisti sono stati ricevuti dalla direzione dell'Ente autonomo stazione climatica, dal podestà di Pontedilegno e dalle altre autorità locali.

In onore dei sanitari e alla presenza del Segretario di Brescia, Innocente Dugnani, squadre di Avanguardisti e di Balilla hanno eseguito esercizi sciatori e gare di salto. Dopo un ricevimento in Municipio si sono svolti i lavori del Congresso. Sul tema: « Clima di montagna e malattie del ricambio » ha fatto una relazione il prof. Piero Rondoni, direttore dell'Istituto di patologia generale della Università di Milano; il prof. Cesare Cattaneo, della stessa Università, ha riferito sul tema: « Clima di montagna e malattie dell'infanzia; il prof. P. Piccinini, direttore della rivista « Terapia Moderna » ha parlato sul tema « Monografie di stazioni climatiche montane italiane ». Il dott. Fenni, ha messo in rilievo la necessità dell'istituzione di nuove e più numerose colonie alpine permanenti. Il prof. Umberto Gabbi, della Università di Parma, ha fatto il riassunto dei lavori del Congresso.

Al Consorzio delle Stazioni di cura.

Il Consorzio nazionale delle Stazioni di cura, soggiorno e turismo ha promosso un referendum nazionale che ha determinato la risposta di tutte le stazioni classificate secondo la legge 1° luglio 1926. Il referendum si riferisce alle linee d'azione per il 1929, e concorda nel riconoscere l'utilità dell'attività consorziale. Riconosce poi la convenienza economica e tecnica delle prestazioni consorziali nella sfera delle provvidenze affidate dalla legge alle aziende autonome di cura, e prospetta la necessità di disposizioni che rafforzino la capacità finanziaria delle stesse aziende.

Per i Refettori materni.

Per facilitare il sorgere e l'affermarsi sollecito delle provvidenze di aiuti materni e infantili l'Opera Pro Maternità e Infanzia è venuta nella

determinazione d'inviare a tutte le Federazioni fondi che dovranno essere impiegati per gli scopi suddetti.

Complessivamente sono stati erogati 9 milioni 750.000 lire. Deve tenersi ben presente che questo fondo non potrà servire per erogazione di sussidi individuali nè essere distribuito fra i Comitati di patronato; dovrà, invece, esclusivamente destinarsi, in concorso possibilmente coi mezzi locali e presi accordi per un coordinamento di azione con gli altri Istituti, per l'impianto e il funzionamento di Refettori materni, di dispensari, di letti ed eventualmente di asili, nidi, ecc.

La presidenza dell'Opera ha, inoltre, impartito istruzioni per il funzionamento dei Refettori materni.

Per un'opera di previdenza.

S. E. Michele Bianchi, sottosegretario all'Interno, ha ricevuto l'on. Gatti, presidente dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, con una Commissione composta dal cav. Lauria, agente generale dell'Istituto a Catanzaro e di varii funzionari e produttori dell'Agenzia stessa, che hanno offerto 20 contrattini di assicurazione al reparto pediatrico dell'Ospedale di Catanzaro, che porta il nome venerando di Chiara Bianchi: contrattini da assegnarsi per sorteggio il 28 ottobre di ogni anno a venti bambini ivi ricoverati. S. E. Bianchi, sensibile al gentile pensiero, si dimostrò grato dell'iniziativa così significativa, facendo auguri per il maggiore sviluppo della previdenza nella regione calabrese.

Per la Maternità di Milano.

L'Opera Nazionale per la Maternità e l'Infanzia ha concesso L. 10.000 alla Commissione visitatrice della Maternità in Milano.

Statuto della Croce Rossa.

La « Gazzetta Ufficiale » pubblica il Regio Decreto con il quale viene approvato lo statuto organico dell'Associazione italiana della Croce Rossa.

Statuto dei Gruppi assistenti e professori universitari fascisti.

L'organizzazione dei Gruppi Assistenti e Professori universitari fascisti, che, come è noto, è alle dirette dipendenze del Segretario del Partito, procede alacremente e si può dire sia quasi ultimata.

L'on. Turati ha approvato in questi giorni lo statuto per la nuova organizzazione.

Statuto della Fondazione Mangiagalli.

La « Gazzetta Ufficiale » pubblica il R. D. col quale, su proposta del Ministro per la P. I., viene approvato il nuovo Statuto della fondazione Luigi Mangiagalli presso la R. Università di Milano.

La tassa per le Opere universitarie.

La « Gazzetta Ufficiale » pubblica la legge 21 gennaio 1929 n. 128 che converte in legge il R. D. L. 18 ottobre 1928 n. 2478, contenente disposizioni relative alla riscossione della tassa a favore delle Opere universitarie.

Corsi di perfezionamento in dermato-venereologia.

Nella Clinica di dermatologia e sifilografia dell'Ospedale Saint-Louis presso la Facoltà Medica di Parigi avranno luogo i seguenti corsi, diretti dal prof. Gougerot: dal 15 aprile all'11 maggio in dermatologia; dal 13 maggio all'8 giugno in venereologia; dal 10 al 29 giugno in terapia dermato-venereologica; nello stesso periodo in tecnica di laboratorio. Tassa per ogni corso: 250 franchi. Per informazioni rivolgersi al dott. Burnier, Hôpital Saint-Louis (Pavillon Bazin), Paris. Le iscrizioni si ricevono dal « Secrétariat de la Faculté de Médecine », rue de l'Ecole-de-Médecine.

Prolusioni.

All'Università di Bologna hanno avuto luogo le prolusioni del prof. Giulio Tarozzi, successore di Giovanni Martinotti, sul tema « La scienza e la vita nello studio dei morbi » e del prof. Eugenio Centanni, successore di Guido Tizzoni, sul tema « Le tue aspirazioni, o madre del sapere ».

Decentramento dell'assistenza ospitaliera nel Milanese.

Un decreto pubblicato dalla « Gazzetta Ufficiale » dispone che il termine stabilito dall'art. 10 del R. D. L. 6 novembre 1926 per l'attuazione del piano organico approvato con R. D. 9 novembre 1925 per il decentramento dell'assistenza ospedaliera esercitata dagli istituti ospedalieri di Milano (Ospedale Maggiore e Case pie annesse) a favore dei Comuni dell'antico Ducato di Milano è prorogato al 31 dicembre 1929.

La « Giornata Medica » di Milano durante la Fiera campionaria.

Come già è stato fatto lo scorso anno, con esito ottimo, anche quest'anno sarà effettuata una « Giornata Medica » nel decorso della Fiera Campionaria di Milano (12-27 aprile). Di tale « Giornata » saranno tempestivamente precisati la data ed il programma dettagliato.

In linea generale, fin d'ora si possono fissare le notizie seguenti:

1) in occasione della « Giornata Medica » tutti i medici di qualunque parte d'Italia (che usufruiranno, per venire a Milano, di notevolissimi ribassi ferroviari) avranno ingresso gratuito alla Fiera;

2) troveranno quivi un Comitato che li guiderà a visitare i padiglioni che hanno speciale importanza pei medici (Chimica-Farmaceutica e Biologica, Strumenti scientifici, Libri e periodici, Acque Minerali, ecc.);

3) saranno particolarmente segnalate ai medici, nei varii « Padiglioni » anche « regionali », tutte le mostre che abbiano qualche interesse per le loro applicazioni igieniche e sanitarie in generale;

4) sarà particolarmente segnalata una « Mostra » della « Stampa Medica Italiana », che verrà effettuata in uno dei Padiglioni più direttamente interessanti i sanitari.

Il Segretario Provinciale del Sindacato Medico Fascista prof. C. Baslini, ha già dato piena adesione alla iniziativa; anzi, essendo pure il prof. Baslini Presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Milano, ha espresso anche in tale qualità la propria cordiale adesione alla « Giornata Medica » della Fiera. Della organizzazione di tale « Giornata » il Comitato della Fiera ha dato incarico al prof. P. Piccinini.

Contro il traffico dei narcotici.

Il ministro degli S. U. d'A. Kellogg ha comunicato di aver concluso, con tredici nazioni, un accordo che è destinato a render più stretta la col-

laborazione fra i funzionari degli Stati Uniti e dei vari paesi contraenti, incaricati di combattere il traffico clandestino dei narcotici. La convenzione prevede lo scambio diretto di informazioni intorno alle persone che violano le leggi al riguardo. Altre nazioni sono state consultate in merito, e, fra esse, sono l'Italia, la Francia, la Germania, i Paesi Bassi, il Belgio, la Cecoslovacchia, la Danimarca, la Grecia, il Giappone, la Polonia, la Spagna e la Turchia.

In onore del dott. Latis Bey.

Il dott. Latis Bey, delegato dell'Egitto nel Comitato della Società Internazionale di Chirurgia, ha festeggiato in Alessandria il 25° anniversario del suo servizio ospedaliero. In tale occasione, numerose notabilità, colleghi e amici hanno attestato all'eminente chirurgo la loro ammirazione e la loro riconoscenza. Furono pronunziati molti discorsi. Una magnifica medaglia d'oro con la sua effigie venne offerta al festeggiato, il quale rappresenta degnamente la latinità in Egitto.

In memoria di due infermiere.

L'« Associazione Madri, Vedove e Famiglie dei Caduti » ha consacrato, nella cappella votiva di Santa Chiara in Napoli, una lapide alla memoria di due dame dell'aristocrazia morte in servizio della Croce Rossa quali infermiere volontarie: Luisa Jappelli e Maria Antoni d'Ascoli. Alla cerimonia intervennero le autorità politiche, civili, religiose e militari e furono manifestati sentimenti di cordoglio e di ammirazione.

Esercizio abusivo a Milano.

La Prefettura di Milano comunica che sono stati denunciati all'autorità giudiziaria per esercizio abusivo della professione sanitaria il meccanico cementista Restelli Giuseppe fu Emilio e certa Anderlini Amedea in Loschi di Pietro, entrambi domiciliati in Milano.

Inoltre regolare denuncia alla autorità giudiziaria è stata presentata contro la drogheria di Silvano Erminio di via Ciambellino 58, che per vendita abusiva di medicinali sotto forma di medicamento avrebbe causato fenomeni di intossicazione da santonina in una bambina.

Contro lo spaccio abusivo della cocaina.

Il Consiglio Provinciale di Bari ha ordinato la chiusura di tre farmacie del capoluogo che spacciavano abusivamente cocaina.

Infortuni di sanitari.

Il dott. Sebastiano Sidotti, medico condotto di Selvino (Bergamo), è stato ricoverato nell'Ospedale di Bergamo in gravi condizioni di avvelenamento, determinato da un fornello da cucina acceso nella camera da letto per difendersi contro il forte freddo; una signora con cui egli conviveva è stata trovata morta.

Il giorno 12 dicembre si spegneva, dopo lunga malattia, nella sua luminosa abitazione di Sturla il prof. VALENTINO GRANDIS, direttore dell'Istituto fisiologico dell'Università di Genova.

L'Ateneo genovese ha così perduto uno dei suoi più illustri insegnanti ed i Colleghi della Facoltà medica uno dei membri più autorevoli e più stimati.

Laureatosi a Torino il Grandis frequentò da prima il Laboratorio del prof. Luciani a Firenze facendovi, col Novi, alcune ricerche sulla durata del periodo di eccitazione latente nei riflessi degli arti superiori ed inferiori, poscia si recò a Torino, ove fu per vari anni aiuto nel Laboratorio del grande fisiologo Angelo Mosso. Quivi fece varie osservazioni sul digiuno, studiando l'influenza che sull'andamento del digiuno stesso esercita la fatica e prendendo poi in esame la spermatogenesi negli animali digiunanti.

Recatosi in Germania, fu allievo del Ludwig e in quel famoso Laboratorio eseguì una serie di interessanti lavori per spiegare la diminuzione nella quantità di acido carbonico che si riscontra nel sangue degli animali ai quali si sia iniettato del peptone.

Egli estese queste ricerche per determinare l'influenza che la concentrazione del sangue esercita sulla tensione dell'acido carbonico ed emise l'ipotesi che il sangue, circolando attorno agli alveoli polmonari, ceda acqua all'aria e si concentri. In tal maniera si aumenterebbe la tensione dell'acido carbonico e questo potrebbe in parte essere eliminato.

Frequentando contemporaneamente il Laboratorio del prof. Guareschi il prof. Grandis si dedicò a importanti ricerche di chimica fisiologica e potè fra l'altro determinare la natura d'una sostanza cristallina da lui scoperta nelle cellule del fegato dei cani vecchi e che denominò gerontina.

Chiamato nell'Argentina per fondarvi i Laboratori fisiologici di Buenos-Ayres e di Cordoba potè in quell'ambiente, ricco di mezzi, dimostrarvi tutta la meravigliosa complessità della sua cultura. I più svariati apparecchi vengono da lui ideati o perfezionati: costruisce un crisiotonometro per la rapida determinazione della composizione e della tensione dei gas; fabbrica uno strumento per misurare esattamente l'acuità auditiva; ne immagina un altro per graduare l'intensità della corrente d'induzione colla quale si eccitano i nervi e un altro ancora per studiare il comportamento del nervo sotto l'azione delle linee di forza d'una corrente costante che circoli attorno al nervo seguendo un corso perpendicolare o parallelo alla direzione delle fibre nervose. Poi tornando ai suoi vecchi lavori studia l'influenza dello stato igrometrico dell'atmosfera sul passaggio dell'anidride carbonica dal sangue all'aria, ricerca le cause della durata dell'arresto del respiro nell'uomo, isola una nuova globulina dall'albumina dell'uovo e tenta l'elettrolisi delle sostanze proteiche.

Ma la nostalgia della patria lontana lo tormentava così, che lasciata l'Argentina venne in Italia per dirigervi l'Istituto fisiologico genovese. Quivi si circondò di giovani valorosi coi quali attivamente lavorò. Datano dai primi tempi del suo soggiorno a Genova i suoi tentativi per determinare la conducibilità elettrica nel sangue circolante; la costruzione di uno speciale apparecchio per studiare l'influenza che le iniezioni endovenose di alcali esercitano sull'eliminazione dell'anidride carbonica coll'aria espirata, la scoperta di speciali linee di assorbimento dell'emoglobina rilevata colla fotografia ortocromatica e molte altre ricerche veramente originali.

Ma poco alla volta l'attività scientifica di Va-

lentino Grandis cominciò a declinare. Apparentemente però, chè Egli trascorreva le intere sue giornate nel Laboratorio lavorando incessantemente. Ma Egli non cercava più la verità se non per la verità e tutta la gran messe di fatti che egli raccoglieva non usciva dalla ristretta cerchia del suo Laboratorio. La guerra colle sue atrocità lo aveva atterrito, ogni giorno più si sentiva lontano dal mondo nel quale viveva e solo si compiaceva dell'affetto di pochi allievi che lo circondavano.

Così Valentino Grandis, che avrebbe potuto essere un grande Maestro e collocare sulle cattedre di Fisiologia d'Italia allievi degni di lui, non ha lasciato seguaci.

Ma ha lasciato larga eredità d'affetto nell'animo dei Colleghi e dei suoi studenti quest'uomo che, sapiente, ha dubitato, conoscendo gli inesorabili limiti che la natura pone alla conoscenza umana, che salito ad una elevata posizione sociale ha fuggito gli onori, quest'uomo che ha sentito che la felicità nostra sta sopratutto nella felicità che procuriamo agli altri e che nulla chiedendo per sè ha dato di sè tutto quanto poteva.

A. Benedicenti.

Un attacco di angina pectoris ha ucciso a 56 anni il prof. J. A. SICARD, che da 5 anni occupava la cattedra di patologia medica all'Università di Parigi. Fu prima allievo di Widal, che lo associò nelle sue ricerche sulla sierodiagnosi; poi passò nel campo della neurologia con Brissaud. Fondamentali sono le sue ricerche sulla semiologia del liquor; a lui dobbiamo anche le iniezioni epidurali nella cura della sciatica, le iniezioni d'alcool nella cura delle nevralgie, la lipiodol-diagnosi. Vanno anche ricordate le sue ricerche sull'auto-emoterapia; le iniezioni endovenose di carbonato sodico nello *shock* colloidoclasico, la cura delle varici con iniezioni sclerosanti di salicilato sodico, ecc. A. P.

Dopo una vita benefica e di lavoro, si è spento a 87 anni il prof. JACQUES REVERDIN, che per lunghi anni diresse la Clinica chirurgica di Ginevra.

Lascia delle opere durevoli. Fu lui a scoprire il mixedema post-operatorio, prima rivelazione dell'influenza esercitata dalle glandole endocrine sulla nutrizione generale. L'ago di Reverdin, trasformato in molte guise, da cinquant'anni è molto noto e usato in chirurgia. Basterebbero queste due benemerenze a perpetuarne il ricordo.

R. S.

Si è spento a soli 52 anni dopo breve malattia il prof. dott. ORESTE CIGNOZZI chirurgo primario e direttore dell'Ospedale di Grosseto. Riassumere in brevi linee l'attività scientifica dell'Estinto non è impresa facile perchè egli lascia oltre cento lavori, alcuni dei quali veramente pregevoli come quelli riguardanti le echinococcosi, la terapia delle tubercolosi chirurgiche, le lesioni settiche, ecc. Fu uomo di vasta dottrina e di grandissima attività; clinico di grande acume ed operatore espertissimo; collaboratore dei migliori giornali italiani di medicina e ricercato anche da molte riviste straniere. Il « Policlinico » ebbe da Lui notevoli e numerosi contributi scientifici. La sua vita è stata tutta una dedizione alla famiglia, alla scienza, all'umanità. Amava l'Ospedale di Grosseto come una sua creatura prediletta ed il suo sogno ambito era di vederlo grande e moderno. Alla vigilia di veder realizzato questo suo sogno per cui egli tanto aveva combattuto e lottato, Egli ha chiuso la sua breve e laboriosa carriera. A Lui l'estremo vale ed il tributo di affetto di quanti lo conobbero.

Dott. B. De Luca.

Il dott. NICOLÒ STELLA, morto il 16 febbraio dopo lunga malattia, era nato nel 1863 e si era laureato a Roma nel 1890. Fu medico condotto a Canicattì per venticinque anni, esempio luminoso di carità e di dedizione al santo apostolato a cui si era votato; lascia un vuoto incolmabile. Ai figli dott. Gaetano che gli è successo nella condotta e dott. Luigi direttore del locale Ambulatorio celtico, sia di conforto la generale commozione del paese nell'apprendere l'irreparabile evento.

Dott. Antonio Lalomia.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. Ascoli, Red. resp.

ANNO XXXVI Roma, 11 Marzo 1929 Num. 10

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA E PATOLOGIA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI SASSARI.

La vertigine negli epatopazienti e specie nei colelitiasici.

Prof. GIUSEPPE SABATINI, direttore inc.

Nei quadri clinici delle malattie esistono alcuni sintomi, secondari o collaterali, che non sono adeguatamente valutati e conosciuti. Per lo più si tratta di sintomi che, non essendo stati inclusi nei quadri classici, non si vanno abitualmente a cercare, nè d'altronde gl'infermi richiamano sui medesimi spontaneamente l'attenzione, perchè si tratta per lo più di fenomeni, di cui essi non vedono la correlazione col loro complesso morboso. Ed è psicologia comune a tutti gli ammalati quella per cui ogni paziente prestabilisce, col proprio criterio, nel racconto da fare delle proprie sofferenze, una valutazione dei disturbi patiti, dando peso ad alcuni fatti (sui quali spesso insiste senza che abbiano alcun valore) e non calcolandone altri, che, secondo lui, non servono a proiettare davanti al medico l'essenza del proprio stato morboso. Così accade che o per non essere teoricamente prevenuto il medico o per non avvenire un richiamo della sua attenzione da parte degl'infermi, i sintomi in parola finiscono col non venire mai messi nella dovuta evidenza; e se talvolta qualcuno di questi sintomi non abituali appare al medico, questi o lo giudica come un fenomeno proprio del malato, che sta osservando, o lo riferisce logicamente a causa accidentale. Solo disponendo di un gran numero d'infermi dello *stesso tipo*, si può convincersi della reale importanza di qualcuno di questi sintomi non classici.

Così è accaduto che avendo, da tempo, notato nell'anamnesi di molti malati di colelitiasi la presenza di episodi di vertigine — a volte appena abbozzata e a volte più intensa (ed a qualcuno di questi accessi io stesso avevo assistito) — non ritenni questo fatto, ripetentesi in molti infermi dello stesso tipo, come il risultato di pura coincidenza; e volli, di proposito e sistematicamente, indagare sull'esistenza di turbe vertiginose nella colelitiasi e nelle epatopatie in genere.

In correlazione appunto con quanto esponevo sopra, accade che quegl'infermi, i quali giungono all'osservazione clinica per una precisa loro sofferenza a carico del fegato e delle vie biliari, non raccontino pressochè mai di aver avuto disturbi a tipo di vertigini, o per-

chè non vi fissarono affatto la loro attenzione, giudicandoli disturbi passeggeri, di lieve entità e facili ad aversi dalla generalità delle persone, o perchè non sospettarono mai che tali turbe, così estranee al loro quadro di sofferenza, potessero comunque avere relazione con esso. E quando, eccezionalmente, qualche epatopaziente, mentre si raccoglie la sua anamnesi, narra di aver avuto delle vertigini, lo fa o perchè appartiene a quel tipo di malati, che sono minuziosissimi nell'esporre *tutti* i disturbi sofferti, anche i più disparati, o perchè le vertigini ebbero in lui un'intensità tale, da avergli costituito una vera sofferenza, che allora egli, sempre naturalmente giudicandola come malattia a sè, elenca insieme con *le altre* eventuali e più diverse malattie sofferte.

Bisogna quindi sempre interrogare specificatamente questi infermi sull'esistenza di turbe vertiginose e non limitarsi nemmeno alla domanda tecnica, se abbiano cioè avuto « vertigini », poichè il più delle volte infermi anche colti non afferrano il significato della parola o della domanda; bisogna chieder loro, più elementarmente, se hanno avuto « giramenti di testa », anche lievi e transitori, e sopratutto nell'inchinarsi, nel rialzarsi o nel cambiar posizione. Ed allora si ottengono le risposte appropriate.

In questo senso ho precisamente portato, in questi ultimi anni, lo studio anamnestico e clinico sopra un gruppo costituito da 850 malati di fegato, quasi tutti colelitiasici (con calcolosi biliare delle più svariate forme ed età).

Non riporto qui le storie cliniche, neanche in minimo numero, nè ciò avrebbe alcun interesse specifico; mi limito ad esporre il complesso dei risultati del mio studio.

Circa la *frequenza*, le vertigini nel gruppo degli 850 malati studiati (dal 1925 al 1928) risultarono presenti 611 volte, calcolando in questa cifra solo i casi, nei quali emerse indubbia, dal racconto anamnestico, l'esistenza della vertigine: ho tralasciato dal segnare tra i positivi tutti quei casi, nei quali non appariva chiaro il tipo del disturbo.

Circa l'*età*, la mia indagine riguarda, per la massima parte, individui di età media (30-50 anni); non mancano soggetti giovani (18-20 anni) nè soggetti più anziani. Questo rilievo sull'età ha importanza in quanto porta ad escludere nettamente il sospetto, che negli infermi esaminati siasi potuto trattare di turbe circolatorie, soprattutto arteriosclerotiche (1); anzi si potrebbe affermare che coloro i quali hanno avuto più intense e più frequenti le vertigini, risultano essere i soggetti fra i 30 e i 40 anni.

Circa il *sesso*, per oltre due terzi si è trattato di donne, nelle quali inoltre, percentualmente, la vertigine risulta essere più frequente che negli uomini.

Nella massa dei casi osservati, si può escludere la cosiddetta vertigine della menopausa, sia perchè la vertigine è stata osservata in forte numero anche negli uomini, sia perchè la massima parte delle donne prese in esame si trovava prima o dopo l'età critica.

Le nevrosi, l'alcoolismo, le malattie diatesiche (specie il diabete), le intossicazioni endogene (uremia, ecc.), non risultano aver avuto alcuna importanza nel nostro materiale di studio.

Il *quadro clinico* della vertigine, quale risulta dai casi presi in esame, si può così tracciare:

FORME LIEVI. — Rappresentano il tipo di vertigine più comunemente osservata. In genere i pazienti raccontano di andare soggetti, per breve durata, a sensazioni male definite di perdita di equilibrio o di spostamento del loro corpo.

Per lo più essi dicono di avvertire che il loro corpo, e soprattutto la testa, gira: a volte invece notano il movimento degli oggetti intorno. Questa sensazione vertiginosa dura pochi secondi e non si accompagna con nausea o con vomito. Essa insorge in qualunque ora del giorno: ma per lo più si presenta al mattino, quando gli infermi si levano dal letto, o verso il mezzogiorno o nel pomeriggio. Solo eccezionalmente la sensazione vertiginosa viene percepita stando coricati o di notte.

Nel determinismo della sua insorgenza influiscono frequentemente i bruschi cambiamenti di posizione: per es. passaggio dalla posizione sdraiata alla stazione eretta, improvviso rialzarsi dopo aver raccolto un oggetto, a volte anche il brusco levarsi da sedere per andare verso un determinato punto. Di solito, non si manifesta la vertigine durante la deambulazione, specie per istrada.

Vi sono di regola periodi di tempo liberi da queste sensazioni vertiginose; per lo più allora gli infermi stanno meglio anche dei loro disturbi epatici: a volte invece queste vertigini avvengono con insistente ripetizione, ogni giorno e più volte nella stessa giornata.

I soggetti con questa forma lieve non dànno eccessivo peso al disturbo: lo ricollegano per lo più a debolezza o ad altre cause, variabilissime e di indole generica.

(1) L'infezione luetica apparve in numero così limitato di soggetti, che deve esser messa fuori causa.

Forme conclamate. — Ho voluto espressamente evitare di chiamar gravi queste forme, perchè dei casi da me osservati nessuno rivestì l'aspetto di vera gravità, nel senso dei disturbi, subbiettivi od obbiettivi, della durata, della intensità. Ma non è da escludere, anzi deve ammettersi, che alcune delle forme di vertigine grave, osservate sotto altro nome (vedesi appresso) debbano rientrare fra quelle, che stiamo studiando.

Nelle forme conclamate, la sensazione vertiginosa ha molto maggiore durata (e il paziente allora suole spontaneamente raccontare, fra le altre, anche questa sua sofferenza). L'accesso di vertigine ha tutte le caratteristiche abitualmente note: sensazione di spostamento del proprio corpo e degli oggetti circostanti (vertigine rotatoria), perdita transitoria dell'equilibrio, malessere notevole e specie nausea indefinita.

La durata è molto più lunga, che nelle forme lievi e rudimentali; sempre però tanto raccorciata, da non dare luogo nè a caduta nè a vomito, ma tutto al più ad una sensazione di stordimento e di abbattimento improvvisi.

Ho potuto più di una volta vedere questi infermi quando, dopo l'esame clinico, si rialzavano bruscamente dal letto di osservazione, ed avevano improvvisa insorgenza della vertigine: allora chiudevano gli occhi e restavano fermi, seduti sul letto, aspettando che la sensazione passasse: altre volte essi, levatisi dal lettino, barcollavano inaspettatamente ed erano costretti ad appoggiarsi, per breve tempo, onde non cadere. Coloro, che più vanno soggetti a queste vertigini nei cambiamenti di posizione, avvertono il medico in precedenza, pregandolo di non farli distendere sul lettino da visita col capo troppo in basso, ciò che potrebbe provocar loro la vertigine.

Qualche volta questi malati narrano di essersi prodotte delle ecchimosi urtando contro i mobili per l'improvvisa insorgenza di vertigini, che essi non seppero mai spiegarsi.

In due soggetti di questo gruppo (entrambi uomini) esisteva una vera agorofobia: è noto come, modernamente, questo disturbo si ricolleghi al substrato anatomico e funzionale delle vertigini.

Durante l'accesso doloroso di colica epatica, non ho mai notato vertigine; questa può invece manifestarsi nei periodi precedenti o susseguenti la crisi dolorosa.

Obbiettivamente, solo in due casi, assistendo ad accessi abbastanza pronunciati di vertigine, ho rilevato delle scosse nistagmiche.

Ho fatto eseguire in numerosi casi *l'esame otoscopico e quello funzionale del labirinto*. La risposta fu costantemente negativa.

Questi sono i dati clinici rilevati. Per interpretarli bisogna considerare:

1) se i disturbi rilevati nei nostri pazienti siano da interpretarsi come vertigini;

2) da quali lesioni dipendano;

3) quali siano i rapporti fra detti disturbi e la malattia fondamentale del fegato o delle vie biliari, presente in tutti i nostri soggetti, e, subordinatamente, con quale meccanismo essa eventualmente provochi gli accessi.

Circa la reale *natura vertiginosa* dei sintomi rilevati non mi sembra possa esservi dubbio.

Il disturbo descritto rientra perfettamente tra quelli, che si sogliono indicare col nome di vertigine, la cui definizione clinica, piuttosto variabile, è, secondo Guéneau De Mussy e Dejerine « un errore di sensazione, sotto la cui influenza il malato crede che la propria persona o gli oggetti circostanti siano animati da un movimento rotatorio od oscillatorio ».

Rolleston, trattando delle vertigini alla Reale Società di Medicina di Londra, fa proprie e la definizione data da Jones: « una sensazione subbiettiva di disturbata relazione fra il corpo e gli oggetti circostanti », e quella di Scott: « uno stato di coscienza con effetto sui centri motori derivante da una mancanza di armonia fra le impressioni afferenti ».

Mi sembra che se queste sono le definizioni della vertigine, date ed accettate da nomi autorevoli, il disturbo che siamo venuti descrivendo vi rientra perfettamente.

Kobrak definisce la vertigine non come « un turbamento della coscienza statica », in quanto che, egli dice, nell'uomo non esiste coscienza statica, ma « la conseguenza della percezione cosciente del disturbo della disarmonia del complesso delle funzioni statiche, al di là della soglia dello stimolo del vago ».

Che la vertigine possa avere tutti i gradi di intensità, dal più lieve e rudimentale al più grave, è da tutti ammesso. De Kleyn, nella sua relazione al Congresso Nazionale di Neurologia del 1927, scrive « che la vertigine resta a volte allo stato di abbozzo: il malato crede che stia subendo uno spostamento, ma non può precisarne la direzione, tanto fugace è la sensazione ».

Le « false sensazioni di vertigine » sono tutt'altra cosa (*éblouissements*, *défaillance*, *obscurcissements de la vue etc.*, secondo De Kleyn).

Del resto queste definizioni possono servire a identificare le nostre forme lievi: per le forme conclamate, il quadro è così nettamente quello della vertigine, che non vi sarebbe possibilità di sollevar dubbi.

Assodato ciò, bisogna cercare di precisare da quali lesioni origini, nei nostri casi, la vertigine.

Non è davvero questo il luogo per discutere la sede dell'origine dei disturbi vertiginosi. Quello che si può dire è che, quasi senza eccezione, oggi si ammette essere il labirinto (vestibolo) la sede delle sensazioni vertiginose, per quanto vari siano i punti di partenza e di arrivo ed i tipi degli stimoli provocatori. Meyer afferma che in base alle vedute moderne ogni vertigine deve essere riferita alla funzione cerebellare o vestibolare, e dal punto di vista della pratica clinica, si può affermare che la vertigine è sempre vestibolare, in quanto che per il suo insorgere l'apparato vestibolare è sempre in giuoco, sia che si tratti di malattie proprie dell'orecchio interno e di malattie delle vie di collegamento o dei centri dell'apparato vestibolare, sia che si tratti di malattie altrove localizzate oppure di malattie generali, fra le quali ultime vanno specialmente considerate quelle che agiscono per mezzo di influssi vasomotori.

Nella sua relazione dianzi citata (1927) De Kleyn dice che al di fuori delle affezioni del labirinto periferico, del suo nervo e dei suoi nuclei bulbari, non è dato di osservare vertigini: le stesse malattie del cervelletto, cui tanto frequentemente si associano disturbi vertiginosi, agirebbero in ultima analisi con l'intermezzo del labirinto o dei suoi centri nervosi.

Il labirinto si eccita e risponde con quattro modalità differenti, secondo Kobrak:

1) in base ai normali stimoli della vita quotidiana (si è allora al disotto della soglia della coscienza);

2) in base a stimoli abnormi, che si limitano però alla sola provocazione dei riflessi d'eccitamento, come il nistagmo, ecc. (si è, in tal caso, al disotto della soglia della coscienza, ma anche al disotto della soglia della vertigine);

3) in base a stimoli ancora più forti, che provocano manifestazioni tendenti a correggere le deviazioni del corpo (si è superata la soglia della coscienza e si è sulla soglia della vertigine);

4) in base a stimoli ancora più intensi, sotto i quali insorge la vertigine (si è, in quest'ultima evenienza, al disopra della soglia della coscienza e della soglia della vertigine).

C'è quindi tutta una gamma di stimoli e di risposte labirintiche.

Anche nelle loro varie intensità, i disturbi che abbiamo descritti nei nostri malati devono dunque essere interpretati come vertigini, e considerati quali risposte labirintiche o vestibolari. Nè a ciò si oppone il fatto della negatività dell'esame otoscopico e di quello funzionale del labirinto. È noto che questa *negatività* è possibile, anzi *frequente*. Dejerine parlando della vertigine nelle malattie generali (malattie infettive, intossicazioni endogene ed esogene) dichiara che essa può esistere *senza la minima lesione dell'orecchio;* ed un otoiatra, che molto si è occupato delle vertigini, qual'è il Kobrak, parlando di vertigini sicuramente su base organica, dice che « nonostante i più fini metodi d'indagine il risultato della ricerca può essere negativo o quasi negativo », e che 24 ore dopo un accesso grave di vertigine tipo Menière il labirinto può risultare normale o quasi.

La negatività del reperto degli otoiatri nei casi da noi fatti esaminare, mentre non conduce a negare la natura vestibolare delle vertigini osservate ci fornisce poi anche un dato importante in altro senso: *l'integrità anatomica dell'orecchio*, e quindi la non diretta dipendenza da *lesioni di quest'organo* delle vertigini da noi rilevate.

E così ci troviamo a dover rispondere all'ultimo dei quesiti innanzi postici: se cioè le vertigini, da noi in così alta percentuale osservate in questi pazienti, siano o meno da mettersi in rapporto colla malattia epatobiliare presente sempre nei medesimi ed, in caso affermativo, quale sia il meccanismo provocatore del disturbo.

Gli autori i quali si sono occupati della trattazione delle malattie del fegato in genere e della colelitiasi in ispecie non mettono in evidenza, almeno per quanto io ho potuto constatare, la vertigine fra i disturbi collegati con questi stati morbosi, mentre ne enumerano tanti altri, i quali ricorrono certo con molto minore frequenza, di quella che non sia stata osservata per le turbe vertiginosé, che risulta dalla nostra indagine essere molto grande (611 casi su 850). Onde nei quadri patologici il sintomo *vertigine* non suole apparire a proposito del fegato.

Invece gli otoiatri e i neurologi quando trattano della vertigine, a proposito delle malattie generali a localizzazione extracranica, ricordano, sia pure con semplici accenni e non sempre, il fegato come uno degli organi che ammalandosi possono provocare la vertigine.

Per lo più il fegato si trova citato accanto allo stomaco.

Curschmann, parlando delle varie forme di vertigine riferibile a fenomeni angioneurotici vestibolari, dice, fra l'altro, che la vertigine può venir determinata da stati autotossici (nefrite, diabete, *epatite*, m. di Basedow), da stati infettivi (tifo), da fattori tossici (alcool, nicotina, caffeina) e da stimoli riflessi che partono dallo stomaco o dall'intestino.

Molonguet, in un articolo sulla diagnosi etiologica delle vertigini, a proposito delle vertigini vestibolari, dopo aver parlato delle vertigini da lesioni auricolari vere e proprie, cita le intossicazioni del labirinto, le quali possono essere esogene (tabacco, alcool, salicilato di sodio, ecc.) ed endogene (costipazioni, fermentazioni intestinali, *insufficienza epatica*, azotemia, uricemia, acetonemia).

Meyer fra le malattie extraauricolari ed extracraniali, che possono dare la vertigine, enumera le malattie dei vari organi, in particolare « del cuore, *del fegato*, dei reni, dello stomaco, del ricambio ».

Non perchè egli abbia pensato al fegato, ma per le deduzioni indirette che si possono trarre dai suoi casi, ricordo che Gaehlinger ha comunicato (aprile 1927) all'Accademia di medicina di Parigi, di aver trattato due malati affetti da una forma di vertigine, che egli definisce « intestinale », con una speciale (?) sua autovaccinazione; egli dice di aver avuto buoni risultati, aggiungendo, fra l'altro, che questi due malati prendevano, mezz'ora prima della cosiddetta vaccinazione, un « colagogo attivo » (acqua di Châtel-Guyon).

Notevole è un accenno fatto da Rolleston, nella discussione sulla vertigine tenuta alla R. Società di medicina di Londra. Egli parlando della « vertigo a stomacho laeso », mentre si oppone alla moderna tendenza di considerare le manifestazioni gastriche e le vertigini come fatti puramente concomitanti, senza alcuna relazione di causa ed effetto, afferma che non si può escludere che vi siano casi nei quali la vertigine ha un'origine gastro-intestinale, sia riflessa per la via cerebrale, sia per intossicazione diretta del sistema vestibolare, e dice che non si debba escludere che l'insufficienza epatica possa provocare vertigini mediante l'azione di veleni (l'indolo, per es.) non neutralizzati o trattenuti dal fegato.

Roger Glénard, nel suo volume sull'epatismo — dove in verità il fegato viene chiamato responsabile di troppi disturbi — dopo aver parlato dell'emicrania epatica, dice che negli epatici le vertigini costituiscono, a volte, un segno tenace e preoccupante; sovente costanti e modiche, esse possono talvolta subire esacerbazioni, che rendono i malati ansiosi e paurosi nelle loro occupazioni.

Senza alcuna precisazione, dunque, esistono vaghi e generici accenni di vertigine nelle malattie epatiche; ma noi riteniamo che a preciso valore debba assurgere questo fenomeno, ed esser messo in netta correlazione con le alterazioni del fegato.

Il nostro studio diretto pone nella giusta luce questo segno, e permette di affermare che negli epatici, e soprattutto nei colelitiasici, la vertigine riveste, per la frequenza con cui ricorre, un sintomo da tenere in altra considerazione, che non sia quella, che fino ad oggi si è avuta per esso; e si ha diritto di parlare di una « vertigo ab hepate laeso », la quale ha verosimilmente importanza clinica eguale, e forse maggiore (se pure come accenneremo dopo, non deve più o meno totalmente sostituirla) di quella data alla vertigine che si fa dipendere dallo stomaco, e che tanto incontrastato diritto di cittadinanza ha avuto in patologia medica.

La vertigine epatica trova infatti per la sua *patogenesi*, un'interpretazione almeno altrettanto accettabile quanto quella ammessa per altre forme di vertigini, riconosciute dipendenti da malattie o generali o di determinati organi.

Ricordiamo per un momento che Trousseau distinse dalla « vertigo ab aure laesa » la « vertigo a stomacho laeso », e questa distinzione ha avuto molta fortuna e si suole accettare dalla quasi totalità dei patologi.

Per spiegare l'insorgere della vertigine stomacale, che è ritenuta di natura riflessa, numerose teorie sono state formulate: dai più si ammette che dallo stomaco parta uno stimolo, il quale, per le vie del vago, i suoi nuclei bulbari e le connessioni di questi col nucleo di Deiters, si riflette sul labirinto; oppure la sofferenza gastrica provoca (De Kleyn) un riflesso vasomotorio direttamente sull'orecchio interno, ed allora, anche se l'orecchio interno è sano o soltanto ipereccitabile, si abbozza la vertigine; l'idea di alterazioni circolatorie (angioneurotiche) del labirinto ha i suoi fautori (Weber, Vernet, ecc.).

Orbene una spiegazione analoga a quella accettata per la vertigine stomacale sarebbe di facilissima applicazione per la vertigine dipendente dal fegato, in quanto che anche per quest'organo sono note le connessioni col vago,

e gli sono, ancor più che allo stomaco, riconosciute capacità di determinare modificazioni vasomotorie, anche a distanza.

Ma prima di accettare tale interpretazione noi crediamo giustificato domandarci se debba *senz'altro ammettersi una vertigine unicamente e direttamente dipendente da alterazioni dello stomaco*, il cui diritto di esistenza è legato alla constatazione di turbe gastriche *precedenti od accompagnanti* la vertigine, in individui con labirinto, ed orecchio in genere, sano.

Orbene avendo studiato e seguiti da vicino dei casi di vertigine *coesistente con gravi e permanenti lesioni dell'orecchio* (soprattutto otiti medie e interne, purulente o distruttive), io posso affermare, come già hanno fatto Thornwal e Kobrak, che gli infermi di gravi forme di Menière raccontano che essi hanno *prima* sensazioni spiacevoli nella regione dello stomaco e nausea, che a volte dura a lungo, cui succede vertigine, e sovente vomito. Ora in questi casi aventi lesioni organiche dell'orecchio, si ammette senza discussione che le turbe gastriche siano dovute ad un'influenza del *vestibolare sul vago*, nonostante che le turbe gastriche precedano la vertigine: non c'è ragione per non spiegare con una irritazione *dal vestibolare al vago*, anche quelle altre vertigini, nelle quali *non* si riscontrano lesioni apprezzabili dell'orecchio, (lesioni che vedemmo possono mancare nelle più genuine vertigini labirintiche) e che, per il solo fatto — in fondo normale, come dicevamo — che la sofferenza gastrica precede lo scatenamento della vertigine, si vogliono *far partire dallo stomaco*.

Io ritengo, in base alle mie osservazioni sui vertiginosi, che *molte* delle dette vertigini « a stomacho laeso » debbano appunto essere correttamente interpretate come *vere* vertigini primitivamente *vestibolari*, nelle quali la sofferenza gastrica, pur precedendo quella vertiginosa, non significa affatto che sia provocatrice di questa, come vorrebbe sancire la espressione « a stomacho laeso ».

Molte altre (o tutte le altre?) vertigini del tipo stomacale che non sono così interpretabili, devono, secondo noi, rientrare nel gruppo delle vertigini da alterazioni del fegato (1), le quali a loro volta hanno una propria spiegazione patogenetica.

Ed in omaggio all'ipotesi, come dicevamo sopra, che ogni vertigine oggi va considerata come vestibolare, la vertigine epatica può spiegarsi con varie cause, ma sempre facenti capo al labirinto.

La prima e la più semplice spiegazione patogenetica è quella della patogenesi *tossica*.

È ammesso da tutti che stati tossici, esogeni od endogeni, possono determinare irritazioni labirintiche con manifestazioni vertiginose (Dejerine, Rolleston, De Kleyn, Kobrak, ecc.).

L'intimo meccanismo di questa azione è variamente interpretato. Dejerine ritiene che le intossicazioni intervengano in maniere diverse per produrre la vertigine: esse possono cioè agire per mezzo dei loro prodotti tossici sugli apparecchi sensitivi, periferici ovvero centrali, sia direttamente, sia indirettamente coll'intermezzo delle modificazioni provocate nella pressione sanguigna (a tal proposito l'A. si richiama esplicitamente alla conoscenza acquisita, che « le modificazioni della pressione sanguigna sono suscettibili di provocare la vertigine »), sia anche per mezzo delle variazioni dell'irritabilità degli apparecchi centrali, sia infine agendo localmente su alcuni territori nervosi.

Ora nei malati di fegato si ammette senza difficoltà l'esistenza di uno stato autotossico, anche senza voler precisare, come fa Rolleston, che esso dipende da l'indolo non trattenuto dal fegato.

Lermoyer sostiene che i labirinti sono sensibilissimi ai veleni alimentari, e Duke parlando di queste ipersensibilità labirintiche, che sarebbero frequenti negli *asmatici* e negli affetti da *orticaria*, riferisce dei casi nei quali gli accessi vertiginosi si potevano provocare o fare scomparire con l'uso o la sospensione di determinati alimenti. Anche questi dati sono applicabili ai malati con alterata funzione epatica, per spiegare la frequenza clinicamente constatata fra essi della vertigine.

Ma noi riteniamo che possa accertarsi anche un meccanismo più diretto provocatore di vertigine nei nostri casi: l'esistenza cioè di uno stimolo, che agendo su un labirinto (forse per proprio conto ipereccitabile) supera *la soglia della coscienza e della vertigine*, per ripetere la frase sopraricordata di Kobrak; e tale determinismo può, in modo molto convincen-

(1) Molti argomenti oggi fanno intravvedere o addirittura riconoscere, in un buon numero di vertigini dette « stomacali », l'alterazione, invece, del fegato. Così Dejerine parla di vertigini presso « les faux gastropathes, qui sont légion »; ora probabilmente questi non sono altro che epatici gastralgici; infatti molti di questi vertiginosi gastrici presentavano turbe di natura epatica (prurito, orticaria, emicrania, fenomeni anafilattici) o vedevano insorgere le vertigini dopo ingestione di alcuni cibi (uova, pesci, fritture) o miglioravano delle vertigini con sali di calcio e di magnesio o addirittura con colagoghi, ecc.

te, attribuirsi direttamente al fegato, con una spiegazione assai conforme alle nostre attuali conoscenze su quest'organo e sulla circolazione generale del sangue.

Una nozione, infatti, la quale ogni giorno trova più ampio sviluppo, è quella che il fegato ha una parte insospettatamente grande nella circolazione del sangue. Questa sua azione nell'emodinamica circolatoria, prescindendo dalla esistenza di discussi ormoni epatici ipotensivi, si esplica in maniera, che può dirsi meccanica.

Si sa da tempo che il fegato può trattenere ingenti quantità di sangue e la patologia ha bene assodato la partecipazione di quest'organo nelle cardiopatie e negli scompensi: ma il fegato è il regolatore, la valvola di sicurezza contro gli aumenti bruschi della massa sanguigna ed i conseguenziali grandi sbalzi di pressione. Questa azione epatica sulla idrodinamica della circolazione è messa in evidenza soprattutto dagli effetti constatati, mediante iniezioni e ingestioni di notevoli quantità di acqua, in soggetti con fegato sano od ammalato. Sono a tal proposito interessantissimi i lavori circa l'aumento di volume del fegato in conseguenza di notevoli improvvisi apporti di acqua in seno alla circolazione (via endovenosa).

Io stesso ho constatato in numerosi casi la facile variabilità della pressione arteriosa negli epatopazienti dopo ingestione di differenti quantità di liquido.

Orbene è a questi dati di fatto che deve, secondo la nostra idea, ricollegarsi l'interpretazione delle vertigini constatate negli epatopazienti, soprattutto colelitiasici (la colelitiasi non può essere più considerata come una malattia esclusiva della cistifellea o delle vie di escrezione della bile, ma bensì una malattia che riguarda tutta la ghiandola epatica e ne altera la funzione); e di conseguenza le vertigini, che noi abbiamo clinicamente constatate nel nostro tipo di ammalati vanno spiegate col seguente *meccanismo patogenetico*, che è direttamente partente dal fegato, cioè da l'organo leso in tutti i casi in questione e che è quindi logico mettere in correlazione causale col sintoma rilevato.

Trattandosi dunque di epatopazienti è anzitutto facile ammettere l'esistenza in essi di uno stato, sia pur lieve, autotossico, il quale provochi già di per sè un'ipereccitabilità del labirinto: ma è bene ricordare che l'ipereccitabilità labirintica *non* è condizione indispensabile (veggasi sopra) perchè insorgano le vertigini: e quindi questo stato tossico non ha carattere di necessità patogenetica.

I fattori invece, che, essendo certo presenti in questi infermi spiegano in essi la vertigine, sono: da un lato la *labilità angioneurotica* (vasomotoria), dipendente dalle alterazioni della funzionalità epatica, e dall'altra, fattore precipuo, il disturbo della *funzione idrodinamica*, che il fegato ha nella circolazione del sangue, onde derivano sbalzi di pressione (generale ed endocranica) i quali sono per loro stessi sufficienti, come riferivo dianzi, per provocare la vertigine, ma che ancora più facilmente vi dànno luogo col concorso poi degli altri due fattori facilmente presenti, e pur'essi epatici, quali l'ipereccitabilità tossica labirintica e la instabilità vasomotoria.

E così con le nozioni moderne di fisiopatologia epatica, trova la sua spiegazione diretta la vertigine di questi infermi, riscontrata in così alta percentuale negli infermi da noi studiati.

La vertigine negli epatopazienti, messa in rilievo dalla clinica, diviene per tal guisa patogeneticamente comprensibile; e forse getta luce anche su grandissima parte delle forme ritenute come riflesse dallo stomaco.

Delle quali ultime, ripeto, mentre una parte dev'essere correttamente interpretata come *vera vertigine primitiva labirintica*, con manifestazioni gastriche precorritrici (ma non provocatrici) della irritazione labirintica risolventesi con accesso vertiginoso, un'altra, e forse non piccola parte, trova nel riconoscimento della vertigine, che diremo epatica o degli epatici o « vertigo ab hepate laeso », la sua giusta identificazione ed una diretta interpretazione patogenetica.

BIBLIOGRAFIA.

Curschmann. Der Schwindel, *Muench. med. Woch.*, n. 36, 1924. — Miégeville. Les vertiges, *Bull. méd.*, n. 9, 1927. — Gaehlinger. Le traitement du vertige d'origine intestinale, *Soc. de méd. de Paris*, 8 avril 1927. — Molonguet. Diagnosi etiologica delle vertigini, *Bruxelles méd.*, n. 45, 1926, rif. in *Riforma medica*, n. 2, 1927. — Kobrak. Ueber das Problem des Schwindels, *Klin. Woch.*, n. 5, 1924. — Guettich. Der labyrinthäre Schwindel, *Med. Klin.*, n. 32, 1923. — Meyer. Der Schwindel, *Deutsche med. Woch.*, n. 21, 1927. — Kobrak. Die Therapie des otogenen Schwindels, *Klin. Woch.*, n. 8, 1928. — De Kleyn. Les moyens d'exploration clinique de l'appar. vestibulaire, *Rapport à l'VIII Réun. neurol. intern.*, Paris, 1-2 juin 1927. — *Revue neurol.*, pag. 889 e segg., 1927. — Rolleston, Holmes, Scott, Fischer. The vertigo, *Proceed. of the Royal Society of medicine*, Londra, giugno 1924. — Dejerine. Sémeiologie des affections du système nerveux, pag. 44 e seg., *Masson e C.*, Paris, 1914. — Glénard R. L'hépatisme, *Expansion scientifique franç.*, Paris, 1922. — Levy-Valensi et Halphen. Les vertiges, *N. Maloine*, Paris, 1926.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DI S. SPIRITO IN SASSIA - ROMA
Sala S. CARLO BACCI - Primario: Prof. A. NAZARI.

Su un caso di favismo.

Dott. GAETANO BORRUSO, assistente.

Con il nome di favismo si designa, come è noto, una sindrome morbosa essenzialmente costituita da anemia acuta febbrile, ittero, emoglobinuria (a volte solo bilirubinuria o urobilinuria), che dall'esperienza popolare e dalle ricerche scientifiche è messa in relazione con l'ingestione di fave o con l'inalazione del profumo dei fiori di queste.

Di speciale interesse è la distribuzione geografica della malattia; essa infatti è massimamente diffusa in Sardegna, in Sicilia, nel resto dell'Italia meridionale, in Calabria specie in provincia di Catanzaro e nella Provincia di Potenza; del resto solo casi sporadici sono stati osservati nelle provincie di Roma, Pisa e Mantova ed è si può dire sconosciuta in altre parti d'Italia e all'estero.

Inoltre lo studio di questa sindrome attrae oggi in particolar modo l'attenzione degli studiosi per i problemi connessi alla sua interpretazione patogenetica. Deve certo ammettersi una predisposizione individuale dato che solo pochi ammalano dei tanti che mangiano fave o ne inalano il profumo; predisposizione però che può per molti anni tacere in modo assoluto salvo a risvegliarsi in seguito per speciali ragioni che ci sfuggono.

Moltissimi dei tentativi di riprodurre sperimentalmente la malattia sono falliti, e se nessun argomento può portarsi in favore di un'ipotesi infettiva non può neppure ammettersi, almeno senza riserve, che la malattia sia dovuta ad una intossicazione fabacea. Per i sostenitori di questa ultima ipotesi (Fermi, Frongia, Bernabei), la malattia sarebbe dovuta a sostanze tossiche contenute nei semi o nei fiori delle fave ed in favore del loro punto di vista portano le somiglianze con altre intossicazioni vegetali.

Bernabei inoculando nelle vene o sottocute di conigli o cavie 20 o 40 cmc. di estratto acquoso di fave fresche o secche ha visto morire tutti gli animali inoculati con fenomeni di anorressia, polipnea, tremori, miosi, convulsioni terminali; ma questi risultati, come altri analoghi ottenuti da diversi sperimentatori, sono ben lontani da realizzare il quadro clinico del favismo e in essi come osserva Pesci si può trattare di fenomeni anafilattoidi comuni del resto a tutti gli estratti proteici.

Gasbarrini iniettando nelle vene di un coniglio siero inattivato appartenente ad un fabico notò emoglobinuria, rapida deglobulizzazione, leucocitosi, mentre in un altro coniglio la iniezione di siero di una malata completamente guarita restò senza effetto. Però il Gasbarrini stesso riconosce che questo risultato, certamente interessante, merita ulteriori conferme.

Il fatto costante del manifestarsi dei fenomeni morbosi in seguito alla ingestione di fave, la assoluta sproporzione tra l'imponente emolisi e le minime quantità di fave ingerite, la difficoltà di spiegare con la sola azione tossica la circostanza che questo colpisce solo un determinato numero di coloro che introducono proteine fabacee, hanno fatto pensare che l'emoglobinuria da fave, come altre forme di emoglobinuria, debba essere considerata espressione di un fatto anafilattico.

Pesci pensa che nel favismo i colloidi dell'eritrocito sono flocculati direttamente dalle proteine fabacee e la differenza tra lo scok anafilattico classico e quello da favismo consisterebbe nel fatto che nel primo caso la flocculazione avviene nei colloidi del plasma e dei tessuti quindi scarsa emolisi, nel favismo invece la flocculazione si avrebbe nei globuli rossi sensibilizzati e quindi emolisi prevalente.

Lotti e Manai iniettando nei conigli per via endovenosa notevoli quantità di estratti di fave videro l'animale morire con emoglobinuria o più raramente in preda a convulsioni generalizzate. Nei casi in cui l'animale sopravvive alla emoglobinuria segue di regola bilirubinuria e urobilinuria.

In ricerche di confronto gli autori hanno iniettato nei conigli per via endovenosa estratti di fagiuoli secchi ottenendo risultati simili a quelli avuti con estratti di fave.

Gli autori fanno rilevare che almeno sperimentalmente può aversi emolisi senza preventiva sensibilizzazione; non si tratta quindi di uno scok anafilattico in senso stretto, ma di uno scok umorale o colloidoclasico. Studiando in vitro l'azione degli estratti di fave dei globuli rossi videro che essi provocano la agglutinazione intensa, ma non emolisi (scok agglutinante di Kopacewski); per quanto riguarda il potere anafilattogeno esso è particolarmente spiccato nel succo dei fiori; un coniglio preparato con succo dei fiori non solo si trova in stato di anafilassi verso il proprio antigene e verso quello di fave verdi, ma anche verso quello di fave e di fagiuoli secchi. Queste proprietà anafilattogene vanno notevolmente attenuandosi fin quasi a scomparire nel seme secco; al contrario la proprietà di provocare emolisi nell'animale vivente è sopratutto evidente nelle fave secche. I fiori intensamente anafilattogeni non danno emoglobinuria, le fave secche assai emolitiche sono

scarsamente anafilattogene, le fave verdi riuniscono ambedue queste proprietà.

A questi interessanti risultati vengono mosse alcune critiche (Maciotta); è stato notato che gli autori hanno ottenuto uno shok proteico con notevoli quantità di estratti proteici vegetali iniettati per via endovenosa, ma in tal modo possono ottenersi shok proteici anche con altre proteine, così gli stessi autori hanno ottenuto identici risultati con estratti di fagiuoli secchi; ora non si può fare a meno di notare che ciò non si osserva mai nell'uomo; soggetti sicuramente esposti al favismo non hanno alcun danno dall'ingestione di fagiuoli secchi o freschi.

Assai interessanti sono le ulteriori ricerche di Manai che avrebbero ottenuto la sensibilizzazione con estratti favici introdotti per via gastrica.

Lotti e Puxeddu recentemente hanno cercato di chiarire la natura delle particolari condizioni coadiuvanti.

Essi sono partiti dalle conclusioni cui Mendeleef è giunto in base a ricerche in vitro. Secondo questo autore le sostanze eterogenee provocano emolisi in vitro quando si ha una modificazione del PH verso una maggiore alcalinità; se invece il PH si sposta verso il lato acido cessa immediatamente la diffusione della emoglobina. Lotti e Puxeddu hanno cercato di applicare queste conclusioni all'organismo vivente; a tal uopo hanno fatto precedere alla iniezione del succo di fave fresche quella di una soluzione di venti, quaranta centimetri cubici di bicarbonato sodico ottenendo dopo 4-5 ore emoglobinuria intensissima.

Gli autori ritengono che oltre alle modificazioni del PH. per aversi l'emolisi sono necessari altri complessi squilibri elettrolitici provocati dalle proteine fabacee, di cui un indice parziale sarebbe la diminuzione del potassio, diminuzione però che spesso si accompagna con una diminuzione dei valori del calcio.

Gli autori infine mettono in rilievo che l'orientamento delle proteine fabacee verso i globuli rossi si mantiene successivamente, così, animali che furono emoglobinurici per una prima iniezione lo sono anche frequentemente per le successive, pure usando piccole dosi di succo di fave e senza preventiva alcalinizzazione del terreno.

Senza voler entrare in un particolare esame di quest'ultimo lavoro mi sembra però si debba ritenere ancora ipotetica l'importanza dello spostamento del PH. verso l'alcalinità. Giacchè nel loro studio Lotti e Puxeddu non rendono noti i valori del PH., nè è in alcun modo giustificata l'illazione che l'iniezione endovenosa di una soluzione alcalina debba condurre di necessità a uno spostamento del PH. verso l'alcalinità; come è noto per l'azione di sostanze tamponi nel sangue vi è una potente e rapida riserva di ioni H + e OH — la cui messa in libertà provocata dall'arrivo di un acido o di una base assicura automaticamente il mantenimento della reazione primitiva e inoltre nel vivente questo meccanismo che è proprio del sangue è completato dall'intervento dei due emuntori; il rene e il polmone.

Riassumendo mi sembra si possa concludere con Zoja che il fenomeno essenziale nel favismo, fenomeno che spiega tutta la sintomatologia è l'emolisi.

Molti fatti inducono a pensare a fenomeni anafilattici; ma le dimostrazioni sperimentali sono tuttora insufficienti e non si può senz'altro escludere l'importanza delle azioni direttamente tossiche.

La scarsezza delle osservazioni anatomo-patologiche contribuisce per altro alla incertezza nella interpretazione della sindrome. Finora non sono note che due osservazioni di Gasbarrini e una recentissima di Lunghetti.

Gasbarrini trovò: aumento di volume del fegato che era di colore giallo-bruno, a superficie liscia con chiazze giallo intense. Microscopicamente: capillari dilatati contenenti globuli rossi, macrofagi, qualche endotelio libero.

Cellule epatiche qua e là vacuolizzate, iperplasia del connettivo perilobulare.

La milza appariva circa tre volte più grande del normale e presentava iperplasia della trama connettivale.

Lunghetti nel proprio caso pone in rilievo fatti che potrebbero essere espressione di una disposizione congenita (deficiente sviluppo dei testicoli, noduli di sostanza corticale addossati alle surrenali, aorta sottile ecc.) rappresentando uno stato ipoplasico.

Fra le alterazioni acquisite dà importanza specialmente alle alterazioni infiammatorie acute dell'apparato gastro-intestinale (flogosi acuta dello stomaco e della parte alta del tenue) e delle ghiandole salivari e alle alterazioni del fegato.

Distingue fatti da interpretarsi come conseguenza del processo emolitico (globuli rossi alterati, cellule globulifere nella milza, midollo osseo, fegato) e fatti da interpretarsi dovuti alla azione irritante delle fave ingerite e almeno in parte come espressione di una anafilassi locale (alterazioni acute del tratto gastro-duodenale).

Per Lunghetti nel favismo arriverebbero in circolo proteine eterogenee incompletamente elaborate che eserciterebbero un'azione deleteria sia direttamente tossica, sia anafilattogena.

La rarità con cui è dato osservare casi di favi-

smo nell'Italia Centrale e Settentrionale mi fa ritenere non inutile pubblicare il seguente caso osservato in Roma nell'ospedale di S. Spirito.

15-5-25. — Anni 56, contadino, celibe, da Serramano (Cagliari) (1). Bevitore, mediocre fumatore.

Nulla nel gentilizio; cinque anni or sono infezione malarica contratta in Sardegna e durata circa tre mesi. Non più recidivata. In seguito nulla di notevole.

Sembra che l'inizio dell'attuale malattia dati da cinque o sei giorni, ma non è possibile avere indicazioni anamnestiche sufficientemente precise.

Ieri è stato condotto in ospedale in stato comatoso dal quale oggi si è in parte riavuto.

E. O. Sviluppo scheletrico e muscolare normale; condizioni generali gravi. Cute madida di sudore, di colorito itterico; evidente ittero delle sclere. Sensorio ottuso, coscienza obnubilata. Il paziente comprende le domande che gli si rivolgono, ma risponde a fatica. T. 38,5.

Perdita involontaria di urine.

Lingua impaniata umida, alito fetido.

Torace ampio simmetrico; i due emitoraci si espandono egualmente bene; nulla di notevole alla percussione e alla ascoltazione.

Cuore: a destra alla marginale dello sterno; punta al quinto spazio un po' all'interno della emiclaveare. Rumore di soffio sistolico su tutti i focolai, non rinforzo del secondo tono sulla polmonare.

Fegato: limite superiore alla sesta costola, il margine inferiore tagliente e regolare si palpa a circa due dita dall'arco.

Milza: si delimita in alto alla 9ª costola sull'ascellare media; in basso si palpa alla arcata.

Pupille normali, reagenti un po' pigramente alla luce e alla accomodazione. Riflessi tendinei presenti.

Esame urine: aspetto limpido, colorito giallo con riflessi verdastri.

Peso specifico 1022.

Albumina assente; zucchero assente; bilirubina assente; urobilina presente.

Esame sangue per la ricerca del parassita malarico negativo.

Globuli rossi 1.490.000; emoglobina 30; valore globulare 1,03; leucociti 12.000.

Formula leucocitaria: neutrofili 90; eosinofili 1; linfociti 7; mononucleati 2; forme di passaggio 0.

A carico della serie rossa: notevole anisocitosi e poichilocitosi. Spiccatissima policromatofilia, in discreto numero normoblasti, rari megalociti e scarsissimi megaloblasti.

Riassunto del diario clinico e delle ricerche eseguite.

16-5-1925. — Condizioni generali notevolmente migliorate; è possibile raccogliere dati anamnestici più esatti, che, nei giorni seguenti migliorando le condizioni del malato, vengono ulteriormente completati.

Si apprende così dal paziente che già nel 1891 in seguito a ingestione di fave fresche in Sardegna ebbe fenomeni simili a quelli presentati attualmente; cioè: indebolimento progressivo, ittero, lipotimia, e anche allora cadde in terra privo di coscienza; tali fatti durarono circa cinque o sei giorni.

Per quanto riguarda i fenomeni attuali il malato conferma di essere stato bene fino a sei giorni or sono, indi, in seguito a ingestione di fave, ha notato colorazione itterica della cute, rapido indebolimento generale, vertigini e lipotimia; è caduto in terra privo di coscienza ed è stato portato all'ospedale in tali condizioni.

Le condizioni generali del paziente nei giorni successivi migliorano costantemente; l'ittero scompare completamente dopo pochi giorni, nelle urine non si riscontra nè bilirubina nè urobilina.

Il paziente continua tuttavia ad avere febbre irregolarmente remittente che insorge a volte preceduta da brivido e cade con sudorazione profusa. L'esame del sangue per la ricerca del parassita malarico più volte ripetuto riesce costantemente negativo. Il giorno 2 giugno il paziente è apirettico, si mantiene tale per alcuni giorni: in seguito presenta ancora qualche lieve e fugace poussée febbrile (fino al giorno 10 giugno), indi di nuovo apiressia fino al 20 giugno nel qual giorno è dimesso dall'ospedale in condizioni generali buone.

R. W. negativa.

Resistenza globulare del sangue totale: R_1 0,40; R_3 0,32.

Resistenza globulare sulle emazie deplasmatizzate: R_1 0,44; R_3 0,36.

Esame del fondo dell'occhio: normale.

Secondo esame di sangue 23-5-1925:

Emazie 1.820.000; emoglobina 35; valore globulare 0,96; leucociti 10.500.

Formula leucocitaria: neutrofili 93; eosinofili 3, mononucleati 2; linfociti 10; forme di passaggio 2.

Le alterazioni della serie rossa sono assai meno spiccate, scarsi normoblasti, non si ritrovano più megaloblasti e megalociti. La policromatofilia è notevolmente diminuita.

Terzo esame di sangue 2-6-1925:

Emazie 2.600.000; emoglobina 40; valore globulare 0,80; leucociti 9.500.

Formula leucocitaria: neutrofili 85; eosinofili 1; basofili 1; linfociti 9; mononucleati 5; forme di passaggio 0.

Quarto esame di sangue 14-6-1925:

Emazie 3.782.000; emoglobina 65; valore globulare 0,86; leucociti 9.600.

Formula leucocitaria: neutrofili 88; eosinofili 0; basofili 0; linfociti 7; mononucleati 4; forme di passaggio 1.

Nulla di notevole a carico della serie rossa e bianca.

Come si vede il ritorno ai normali valori degli elementi del sangue procede parallelo al miglioramento delle condizioni generali.

Viene preparato un estratto di fave fresche e viene praticata la cutireazione sul malato il giorno 3-6-1925, essa è negativa.

La cutireazione viene anche praticata su altri cinque individui normali e dà in tutti risultato negativo.

Nel nostro caso è anzitutto da porsi in rilievo che il paziente aveva lasciato la Sardegna ed abita in campagna romana. Da ciò risulta evidente che non può trattarsi di speciali sostanze tossiche proprie delle fave della Sardegna o di un parassita (ipotesi di Lusena, De Semo) che

(1) Prov. V. Aurelia antica n. 13. Si trova in campagna romana da alcuni mesi.

colpirebbe le fave delle regioni ove è solito osservarsi il favismo.

Nella campagna romana il favismo è praticamente sconosciuto, il che certo non sarebbe possibile se le fave presentassero il parassita cui sarebbe da attribuirsi la sindrome suddetta.

Il fatto invece che si tratta di un sardo che già molti anni innanzi aveva sofferto di favismo dimostra la importanza della predisposizione che pure aveva taciuto per un lungo periodo.

Per quanto riguarda i caratteri clinici del caso esposto colpisce la gravità dei sintomi generali all'inizio della malattia e in seguito il prolungato decorso febbrile. Risulta infatti dalla diagnosi che il paziente è caduto in terra ed è stato condotto all'ospedale in stato comatoso; il giorno seguente (quando fu praticato l'e. o.) il paziente se pure era in grado di comprendere le domande che gli si rivolgevano non rispondeva che a stento e confusamente, appariva disorientato e profondamente prostrato. Casi così gravi sono descritti nei bambini in cui è anche meno infrequente l'esito letale, ma sono di rara osservazione negli adulti.

Il periodo febbrile in genere corrisponde alla durata della emoglobinuria; nel nostro caso invece l'emoglobinuria era già cessata al periodo d'ingresso del malato in ospedale e tuttavia perdurarono irregolari elevazioni termiche per circa 25 giorni. Si può escludere con sicurezza l'infezione malarica in atto per la costante assenza del parassita malarico; il paziente, che non fu mai chininizzato, raggiunse infine l'apiressia e fu dimesso in buone condizioni. È da notarsi tuttavia che si tratta nel nostro caso, come nella grande maggioranza dei casi descritti, di un vecchio malarico; circostanza che ha fatto pensare a molti autori alla possibilità di rapporti tra infezione malarica e favismo e anche recentemente Maciotta ha emesso l'ipotesi che la infezione malarica agisca determinando quelle modificazioni organiche che sono necessarie all'insorgenza del favismo. Ma va ricordato che è stato descritto qualche caso in cui la malaria si può sicuramente escludere (Zoja-Gasbarrini).

La cutireazione, come si è detto, ha dato risultato negativo ciò analogamente a quanto da più autori è stato osservato.

Specialmente interessanti mi sembrano i dati forniti dall'esame del sangue; la diminuzione dei globuli rossi e del tasso emoglobinico non è proceduta parallela, come nella maggioranza dei casi, ma è stata assai più notevole la diminuzione numerica delle emazie (primo esame 1.490.000; emoglobina 30); ne è risultato perciò un valore globulare superiore all'unità. Insieme a questo fatto va messa in rilievo la presenza in circolo di megalociti e megaloblasti, un quadro ematologico quindi che fa pensare a quello dell'anemia a tipo pernicioso; ma da questo se ne distacca perchè anzichè leucopenia si osserva costantemente leucocitosi neutrofila.

Mi sembra tuttavia interessante il fatto che la gravità della emolisi è stata tale da determinare una reazione megaloblastica.

BIBLIOGRAFIA.

La Bibliografia completa fino al 1915 si trova in:

1) GASBARRINI. Policlinico, Sez. prat., fasc. 45-46.
2) BERNABEI. Atti Congresso di Siena, luglio 1898.
3) ZOIA. *Su di una forma ancora insufficientemente conosciuta, ecc.* Malaria, anno V, fasc. I, 1914.
4) DE SEMO. Cit. in GASBARRINI.
5) PESCI. *Forme anafilattiche*, 1922.
6) LUSENA. *Sul favismo.* Lo sperimentale, 1922.
7) RONDONI. In *Anafilassi.* Ist. Sier. Milan., 1923.
8) LOTTI. *Ricerche sul favismo.* Comunicaz. Soc. Studi Sassaresi, giugno 1925.
9) LOTTI e MANAI. Lo Sperimentale, 1925, n. 5.
10) MENDELEFF. Cit. in LOTTI e PUXEDDU.
11) MACIOTTA. *Studi sul favismo nei bambini.* R. Cl. Ped., 1926.
12) MANAI. *Studi Sassaresi*, S. II, 1926.
13) LOTTI e PUXEDDU. *Ult. ricerche ecc.* Sperimentale, 1927, pag. 425.
14) LUNGHETTI. Rivista di Biologia, 1927, vol. IX, fasc. III.

NOTE E CONTRIBUTI

ISTITUTO DIAGNOSTICO DI REGGIO CALABRIA

La cura dell'anchilostomiasi col tetracloruro di carbonio

per il dott. P. TIMPANO.

Ho avuto più volte occasione di richiamare l'attenzione del pubblico e delle autorità sanitarie sull'esistenza e sulla diffusione dell'anchilostomiasi nella Provincia di Reggio Cal. Da circa sette anni vado notando come i casi di anchilostomiasi aumentano nelle zone colpite e nuovi casi vengono registrati in paesi e località dove la malattia non si sospettava neppure. Gl'individui più facilmente colpiti sono i contadini, sopratutto gli ortolani. Si è sentita, perciò, la necessità non solo d'intensificare gli accertamenti diagnostici e di curare l'anchilostomiasi più presto che fosse possibile con rimedi di poco costo, facili e nello stesso tempo efficaci, ma anche di diffondere, tra la popolazione agricola, per mezzo di opuscoli di propaganda, le cognizioni più semplici e indispensabili intorno alla causa della malattia, ai danni che produce nell'organismo, al modo come si prende e ai mezzi per prevenirla.

È noto che il rimedio più in uso contro l'anchilostomiasi è il timolo, introdotto da Bozzolo

fin dal 1889. Meno usati sono l'olio di chenopodio, l'estratto etereo di felce maschio, il cloroformio, il betanaftolo.

Il timolo, somministrato da solo o meglio con l'aggiunta di bicarbonato sodico o di lattosio a parti uguali, riesce senza dubbio efficace. Ma considerando la quantità di medicinale occorrente, il tempo di somministrazione, la necessità di purgarsi prima e dopo il trattamento, di stare in riposo, di prendere preferibilmente del latte, di evitare l'alcool e i grassi; considerando che provoca frequentemente dolori e bruciori allo stomaco e fatti di irritazione renale, e, inoltre, che non si può somministrare senza pericolo nei casi di malattie gastro-intestinali, renali, cardiache e nei casi di gravidanza, il timolo non è certamente da ritenersi l'ideale dei farmaci.

Nel 1921 Hall sperimentò per la prima volta il tetracloruro di carbonio ed ebbe risultati incoraggianti. D'allora in poi questo rimedio venne largamente usato in molti paesi dove l'anchilostomiasi è abbastanza diffusa. Il Giglioli, in un ampio e particolareggiato lavoro pubblicato sul *Policlinico*, Sezione Medica, 1926, rileva appunto l'estendersi progressivo dell'uso del tetracloruro di carbonio contro l'anchilostomiasi e riporta, in fine, una statistica di 5000 casi curati con questo rimedio nella Guiana Britannica. Egli, in base a questa statistica e a quelle di altri Autori, ha potuto concludere:

1) il tetracloruro di carbonio è un potente medicamento contro l'*Anchilostoma* e il *Necator*, dando in media 90 % di cure radicali con un'unica dose di 3-4 cmc. per uomo adulto;

2) la posologia è semplice e facile, data la sua proprietà di composto chimico stabile, puro, perfettamente dosabile;

3) per la cura col tetracloruro non vi è necessità di purgazione preventiva, di digiuno prolungato nè di purgazione successiva. Il paziente può attendere alle sue ordinarie occupazioni;

4) il tetracloruro, in dose terapeutica, dà luogo a lievissimi fenomeni tossici (sonnolenza, nausea, talora vomito);

5) uniche contro-indicazioni sono le affezioni epatiche, l'alcoolismo acuto cronico;

6) il tetracloruro di carbonio, anche allo stato di purezza e a dosi terapeutiche, può cagionare una intossicazione letale (un caso su 40.000).

Riferisce, inoltre, che in seguito ai risultati terapeutici, economici e sociali ottenuti con la somministrazione del tetracloruro di carbonio contro l'anchilostomiasi, fu deciso di trattare con questo rimedio, a scopo profilattico, tutta la popolazione della *Demerara Bauxite Co*, e anche in questo grande esperimento i risultati sono stati del tutto soddisfacenti. L'indice di infezione andò progressivamente diminuendo, la capacità lavorativa degli operai non fu per nulla turbata, la spesa fu inferiore in confronto di qualsiasi altro trattamento.

Incoraggiato dalla semplicità ed efficacia del metodo, volli sperimentare il tetracloruro di carbonio purissimo in 45 casi di anchilostomiasi venuti alla mia osservazione nella Prov. di Reggio Cal. tra il 1927 e il 28. Nei primi 11 casi (adulti) feci somministrare il tetracloruro di carbonio alla dose di 3-4 cmc. in un po' d'acqua. Furono riesaminate le fecce alla distanza di 20-30 giorni, senza riscontrare anchilostomi.

Ma la somministrazione del tetracloruro nell'acqua ha provocato nausea, eruttazioni e disposizione al vomito, spesso moleste, in quasi tutti gl'individui trattati. Nessun altro disurbo. Più che al medicinale per sè stesso, attribuì al modo con cui veniva somministrato l'intensità dei disturbi lamentati.

Negli altri casi, invece, potei somministrare il tetracloruro di carbonio purissimo (Bayer) preparato in capsule gelatinose, secondo il consiglio del Fülleborn, capsule da gr. 1,20 ciascuna per gli adulti (3-4 capsule una dopo l'altra con un po' d'acqua, a digiuno) e capsule da gr. 0,60 per i bambini, (3-4 capsule secondo l'età: da 6 a 10 anni).

In pochi casi (9 in tutto) feci prendere 10 grammi di solfato di magnesia sciolto in un bicchier d'acqua subito dopo l'ingestione delle capsule di tetracloruro, negli altri non feci prendere alcun purgante nè prima nè dopo il trattamento. Tutti poterono attendere alle loro ordinarie occupazioni e prendere qualsiasi cibo. L'alvo si aprì spontaneamente una o due volte nella giornata. In generale non si ebbero a lamentare disturbi importanti. Parecchi accusarono un po' di nausea, altri un lieve senso di stordimento e di ronzio alle orecchie, altri qualche tendenza al vomito. Alcuni di questi, ai quali vennero somministrate da 4 a 5 capsule, perchè più robusti, si lagnarono anche di leggere vertigini e di formicolio, che cessarono dopo un paio di ore di riposo a letto. Tutti i disturbi sono stati, dunque, lievi e fugaci.

I bambini trattati furono 4: 2 di 6 anni, 1 di 9 e 1 di 10. Non accusarono alcun disturbo. Tre donne incinte al 3°, al 6° e al 7° mese rispettivamente, non si lagnarono di disturbi degni di nota, all'infuori di un po' di nausea, di frequenti eruttazioni e di una leggera tendenza al vomito, per la durata di 3-4 ore, senza grande molestia.

L'esame delle fecce, ripetuto dopo 10 giorni e dopo un mese o poco più, soltanto in due casi fece rilevare rare uova di anchilostoma.

L'esame delle urine, fatto alla distanza di due-tre giorni, non fece mai rilevare alcuna lesione renale.

Concludendo: i casi di anchilostomiasi trattati col tetracloruro di carbonio non sono numerosi, ma l'averli potuti seguire per qualche tempo dopo la somministrazione del rimedio e l'aver potuto esaminare ripetutamente le fecce e le urine, mi fanno pensare che possano rappresentare un contributo non disprezzabile alla recente terapia dell'anchilostomiasi col tetracloruro di carbonio, terapia che ha l'indiscutibile vantaggio su quella col timolo perchè non richiede alcun purgante nè prima nè dopo la somministrazione del tetracloruro, nessuna dieta speciale, nessun giorno di riposo, e perchè si pratica facilmente e non provoca disturbi importanti.

27 aprile 1928-VI.

SUNTI E RASSEGNE.

DIAGNOSTICA.

Reumatalgie simulanti altre malattie.

(MURRAY e DURH. *Lancet*, 19 gennaio 1929).

Il dolore provocato dal così detto reumatismo muscolare, chiamato anche miosite reumatica, mialgia, reumatalgia, miofibrosite, o più semplicemente fibrosite, può per la sua natura e sopratutto per la sua sede, essere scambiato con il dolore di altre affezioni più o meno gravi.

La diagnosi differenziale in tali casi s'impone non solo per l'indirizzo terapeutico, ma anche per calmare l'angoscia morale del paziente. Per questo è un gran sollievo il sapere che si tratta di un dolore legato ad una malattia curabile e non pericolosa per la vita, anzi che ad una grave affezione organica.

Che i muscoli possano essere la sede di dolori è ben noto a tutti, ma quel che può sembrare sorprendente si è che i muscoli normalmente insensibili possano diventare dolenti in condizioni patologiche.

I nervi sensitivi dei muscoli hanno le loro terminazioni nel tessuto fibroso che circonda le fibre muscolari. In condizioni normali gli impulsi provenienti da queste terminazioni non raggiungono la coscienza, ma quando il muscolo è fortemente contratto, come nel tetano o nel crampo comune, la compressione esercitata sulle dette terminazioni, provoca una speciale sensazione dolorosa. Nelle miofibrositi le terminazioni nervose sono irritate dall'essudato infiammatorio e si ha così un dolore costante, che è aggravato da ogni contrazione che le comprime e le eccita ancor più.

Il dolore muscolare localizzato alla regione precordiale può far pensare all'angina pectoris. Nè ad eliminare il dubbio giova l'esame dell'apparato cardio-vascolare che può risultare negativo anche nell'angina. Tuttavia è a tener presente che in questa affezione il dolore è accessionale, determinato dagli sforzi, dalle emozioni o dal raffreddamento improvviso della superficie del corpo. Esso tende ad irradiarsi a tutto il petto, ad uno o ad ambo le braccia, ad un lato del collo ed avere una distribuzione da simulare una reumatalgia. Ma in quest'ultima il dolore è provocato o aggravato dall'uso dei muscoli affetti, di solito i pettorali e gli intercostali, ma non dagli altri sforzi o esercizi, non è influenzato dalle emozioni, non è accompagnato da un senso di costrizione o dall'improvvisa sensazione di mancanza di respiro o di morte imminente, che è così caratteristica dell'angina. Mentre ambo le forme dolorose si alleviano o cessano con il riposo, il dolore della fibrosite non è alleviato dai vasodilatatori. Nella reumatalgia infine la pressione sui muscoli, sugli spazi intercostali per gli intercostali e sulle inserzioni sterno-costali per il pettorale, determina una sensazione dolorosa.

La pleurite può essere simulata dalla fibrosite dei muscoli intercostali e degli altri muscoli respiratori. Sono criteri per escludere il processo pleuritico: la mancanza di febbre persistente, l'assenza di segni fisici della pleurite, la presenza di dolenzia alla pressione nell'area dove è sentito il dolore.

La claudicazione intermittente può simulare la reumatalgia, in quanto si può avere un dolore muscolare intermittente durante il cammino.

Talvolta si ha l'infiammazione di un fascio del muscolo soleo che simula una flebite, ma la palpazione dimostra che il cordone gonfiato fa parte del muscolo e non è una vena.

Talvolta la fibrosite dei muscoli della parete anteriore dell'addome fa pensare ad affezioni intra-addominali.

I muscoli più colpiti sono i retti forse in ragione della loro ricchezza in inserzioni tendinee.

La fibrosite del segmento superiore del retto sinistro o delle sue inserzioni sulla quinta, sesta e settima costola può simulare un'affezione gastrica, tanto più che il dolore può aumentare dopo i pasti in seguito alla pressione esercitata sul muscolo dallo stomaco disteso. Tuttavia il dolore nella generalità dei casi non ha relazione con la digestione, è alleviato dal riposo in posizione supina, è aggravato da ogni sforzo che richiede la compartecipazione dei muscoli addominali e che li distende. Spesso nel muscolo colpito si nota un gonfiore, cui corrisponde il dolore destato dagli sforzi o una dolenzia alla pressione.

In un caso di fibrosite del segmento superiore del retto che dava un dolore all'ipocondrio destro, si pensò per molti anni a coliche epatiche.

I caratteri principali della fibrosite dei muscoli addominali sono: dolore ottuso generalmente localizzato in un punto determinato da

cui si irradia, che diminuisce o cessa con il riposo a letto di notte, ricompare e aumenta d'intensità durante il giorno, riacutizzato dai movimenti specie se eseguiti dopo il riposo in una sola posizione; non c'è iperestesia cutanea; la pressione sulla parte dichiarata dolente provoca dolenzia più grande quando il muscolo è contratto, al contrario di quanto avviene nelle affezioni intraaddominali, nelle quali, oltre a l'iperestesia cutanea, il dolore alla pressione è maggiore a parete rilasciata; nella fibrosite c'è una tendenza al rilasciamento dei muscoli addominali perchè la loro contrazione esacerba il dolore, mentre nelle affezioni viscerali la contrazione è la regola e costituisce una difesa contro il dolore.

La cefalea può essere in rapporto ad affezioni varie locali o generali, a lesioni ossee, meningee, vasali, neuritiche, encefaliche, a malattie tossiche d'origine intestinale, renale o di altri visceri o essere essenziale come nell'emicrania, ma può anche dipendere da fibrosite del muscolo occipito-frontale o dell'aponeurosi epicranica.

Questo tipo di cefalea, chiamata anche reumatica, può essere sentita prevalentemente nella regione del muscolo occipitale o frontale o diffusa a tutta la regione coperta dall'aponeurosi, si esacerba con i movimenti della testa, si manifesta durante le variazioni atmosferiche o con l'esposizione al freddo, si accompagna spesso a fibrositi di altri muscoli del collo e del tronco.

La pressione esercitata sul muscolo o l'aponeurosi e talvolta su tutto il cranio provoca dolore. Spesso si riscontrano alla palpazione anche noduli d'ingrossamento del tessuto fibroso.

La neurite, che di solito è una neurofibrosite, può essere associata alla miofibrosite. La diagnosi differenziale è del resto non difficile perchè nella neurite il dolore spontaneo è diffuso nel campo di distribuzione del nervo leso, e la pressione del tronco nervoso stesso è fortemente dolente.

Le cause della miofibrosite non sono ancora bene accertate. Secondo alcuni sarebbe un'infezione, ma quantunque in alcuni casi l'affezione s'inizi con febbre, tuttavia quest'etiologia non è generalmente ammessa.

Di solito si inizia dopo uno sforzo improvviso o prolungato dei gruppi muscolari lesi, e ciò spiega perchè il riposo sia il miglior rimedio delle miofibrositi.

Anche il freddo e sopratutto l'umidità sono spesso in causa.

La cura consiste essenzialmente nel riposo. I salicilici, e sopratutto l'aspirina, sono molto vantaggiosi. Giovano anche molto le applicazioni locali di pomate a base di salicilato di metile, canfora, mentolo, belladonna e idrato di cloralio. Nei casi subacuti e cronici si deve ricorrere agli ioduri ed eventualmente alle cure termo-minerali e diatermiche. DR.

Sul valore dei sintomi radiografici precoci nelle artriti tubercolari.

(A. ARECES. *Arch. de Med., Cirur. y Especialid.*, n. 395, 1928).

In patologia chirurgica e in radiologia si danno come sintomi patognomonici classici per la diagnosi precoce di tubercolosi articolare, i seguenti segni: decalcificazione, diminuzione dello spazio articolare e velatura.

Tali segni sono senza dubbio certi, ma non possono dirsi esclusivi della tubercolosi, e chi facesse fondamento unicamente su tali caratteri, potrebbe correre il rischio di fare una diagnosi errata. In primo luogo debbono essere vagliati i sintomi clinici, nonostante essi all'inizio siano scarsi e di poca entità, e secondariamente si deve ricorrere alla radiografia, la quale deve servire più che altro di complemento alla diagnosi.

Studiando attentamente i tre segni radiologici che si danno per classici per la diagnosi precoce delle lesioni tubercolari articolari, l'A. ha potuto osservare come tali lesioni siano invece comuni a vari altri processi.

L'atrofia ossea, che come è noto, consiste in una decalcificazione dell'osso e che si accompagna a modificazioni della struttura del medesimo, può essere di diverso grado, a seconda del periodo in cui si fa l'osservazione. Nel periodo iniziale (quello studiato dall'A.) l'osso appare più trasparente che normalmente e le trabecole, sembrano segnate con un lapis molto duro a punta molto fina.

Queste modificazioni della struttura ossea, che costituiscono le lesioni che Kohler e Kienböch hanno descritto per primo, non sono esclusive per la tubercolosi. Senza voler ora passare in rassegna tutte le lesioni capaci di produrre decalcificazione (dalle traumatiche alle più diverse forme d'infiammazione, alle nervose) bisogna essere sempre molto prudenti e porre solo la diagnosi di tubercolosi, dopo aver escluso tutte le altre cause, capaci di dar luogo ad atrofia.

Oltre a ciò, si deve tener in conto la tecnica radiografica (tutti i chirurghi debbono pertanto avere nozioni esatte di radiografia), poichè non tutti gli infermi e i tessuti sono ugualmente permeabili, ed anche nel medesimo soggetto, le condizioni fisiche sono lontane dall'essere costanti.

Speciale importanza ha poi la posizione: con relativa frequenza in radiografie dell'anca, una leggerissima rotazione di uno dei femori, può dare un'imagine diversa dei trocanteri e del collo, e tale da far pensare ad un'atrofia, mentre invece non si tratta che della differenza di spessore dell'osso che il raggio emanato dal tubo deve attraversare.

Anche per il secondo sintoma radiografico — diminuzione dello spazio articolare — si può dire che esso non è nè patognomonico nè

precoce, poichè prima di esso compare un altro sintoma, più chiaro e di più facile apprezzamento. Esso consiste in ciò: paragonando due radiografie di articolazioni omologhe (anca) si può osservare che in quella supposta malata, le superfici articolari sono più vicine fra loro che non in quella sana, senza che si osservi distruzione della cartilagine in alcuna lesione ossea. Tale segno, descritto da Menard, non ha spiegazione anatomica, poichè sarebbe naturale che la linea fosse più larga, come si verifica nei periodi avanzati, nei quali esiste distruzione della cartilagine di rivestimento.

Clinicamente invece è spiegato dalla contrattura e dalla posizione viziosa dell'arto.

Infine prendendo in considerazione il terzo segno — velatura articolare — si può dire che esso non è prodotto altro che dall'ingrossamento della capsula e dalla presenza nell'articolazione di un liquido più o meno fungoso, che fisicamente spiega molto bene il perchè della diversità dell'immagine rispetto a quella dell'articolazione sana. Tale segno si ha in tutte le artriti croniche ed in quelle traumatiche che passano allo stato cronico.

Concludendo quindi, prima di porre la diagnosi di osteo-artrite tubercolare, è necessario che essa esista clinicamente, perchè in tal modo esisteranno anche lesioni ossee indiscutibili ed apprezzabili facilmente nella radiografia.

I segni radiografici chiamati precoci, possono anche essere presi in considerazione, ma ad ogni modo sempre con importanza minore di quelli clinici.

A. Pozzi.

ORGANI DIGERENTI.

Sull'ulcera peptica del digiuno dopo resezione gastrica.

(Mystrom u. Söderberg. *Zent. f. Chir.*, 1928, n. 5).

I casi di ulcera peptica del digiuno dopo resezione gastrica sono di grande interesse. Denk nel 1921 ne raccoglieva 6 casi sicuri, Birgfeld nel 1925 li faceva salire a 53. Attualmente nella letteratura se ne hanno 62 casi. La frequenza è certamente minore che dopo la gastro-enterostomia (secondo Schmieden si avrebbe su circa 1000 casi operati 0,80% dopo resezione alla Billroth II, 3,5 % dopo g. e., 10 % dopo g. e. ed esclusione del piloro). Diversi autori (Dahl, Blad, ecc.) hanno riscontrato che dopo l'ablazione della parte atriale dello stomaco nell'uomo si ha la scomparsa dell'a. cloridrico libero e l'abbassamento dell'acidità totale. Queste alterazioni del chimismo gastrico come la formazione dell'ulcera peptica non si possono evitare e vi sono casi di ulcere peptiche del digiuno dopo resezione anche con achilia.

L'u. p. del digiuno può verificarsi da qualche settimana a 4-5 anni dall'operazione. La malattia primitiva è per lo più un'ulcera duodenale, che può essere anche pilorica e raramente di altre parti dello stomaco. Nel 90 % si tratta di uomini. In 36 casi dopo sola resezione gastrica solo in 14 era stata fatta l'asportazione dell'antro o più.

L'ulcera dopo resezione ordinariamente avviene nella bocca anastomotica o nelle vicinanze: in secondo luogo per frequenza nella parete mesenterica, di fronte all'anastomosi, meno frequentemente nelle anse afferente od efferente.

I risultati statistici danno con una nuova resezione la guarigione nel 74 %, con una piccola resezione dell'ulcera con nuova anastomosi soltanto il 57 %. È interessante che anche dopo la resezione alla Billroth I si può avere un'ulcera peptica.

Secondo Birgfeld 36 casi si sono verificati dopo la resezione alla Billroth II e 14 dopo la Billroth I. E poichè il primo metodo è più usato, le cifre non parlano in favore di quest'ultimo metodo.

Nella loro clinica hanno osservato un caso interessante. Un uomo di 47 anni operato nel 1925 di resezione piloro-gastrica secondo Rissler-Polya per ulcera duodenale con asportazione di circa la metà del ventricolo. Dopo l'operazione si ebbero disturbi che facevano dubitare del buon funzionamento e dopo un mese l'infermo fu rioperato: furono tolte delle aderenze e fatta una entero-anastomosi delle due anse. Il paziente migliorò ma nel 1926 ritornò in clinica con un ascesso della parete da ulcera peptica penetrante, ciò che venne confermato all'operazione. L'ulcera si trovava nella parte anteriore dell'anastomosi. L'ansa efferente presentava un inginocchiamento per aderenze. Fu resecata l'ulcera e la bocca anastomotica venne allargata. Dopo 3 settimane l'esame gastrico in un giorno dava achilia ma pochi giorni dopo HCl libero 32, acidità 65. Il malato venne dimesso con prescrizioni di belladonna e alcalini. Nel novembre 1926 nuovi sintomi ed all'esame radioscopico presenza di nicchia nella stomia. Fu rioperato e fu trovata una nuova ulcera nell'ansa anastomotica. Fu resecato ancora un pezzo di stomaco e le due anse al di sopra della entero-anastomosi e sull'ansa efferente fatta una nuova stomia. Inoltre fu fatta una gastrostomia alla Witzel dalla quale si potè nei giorni seguenti controllare l'acidità giornaliera con pasto di prova. Sebbene era stata fatta la resezione della metà atriale dello stomaco si era formata un'ulcera peptica e per quanto se ne fosse resecata ancora un'altra parte si aveva una secrezione con HCl e pepsina vicino al normale. Da un anno il paziente sta bene.

Brancati.

La resezione della porzione superiore dello stomaco.

(W. S. LEWIT. *Zentr. f. Ch.*, 1928, n. 37).

Nella resezione addominale del cardias per tumore il momento più delicato dell'intervento è rappresentato dalla riunione dell'esofago **col resto dello stomaco. Difatti, essendo l'esofago ad**dominale lungo 2 1/3-3 cm. ed essendo quasi sempre coinvolto nella neoplasia, il moncone residuo rimane troppo corto per la riunione con lo stomaco. Per questa ragione si è costretti ad abbassare l'esofago dal torace, ciò che riesce non difficile, anche al punto anzi di guadagnare 4-6 cm. Nel cadavere la preparazione digitale secondo Gohrbrandt non offre grandi difficoltà e si riesce quasi sempre ad evitare la lesione della pleura. **Ma un altro ostacolo ben più arduo da superare è** l'infezione **del mediastino. Per questo si** raccomanda di suturare accuratamente i margini dello hiatus diaframmatico con la parete esofagea abbassata: per agevolare tale manovra è stata suggerita da Clairmont la sezione dell'art. gastrica sin. Allora la riunione tra esofago e moncone gastrico può avvenire o termino-terminalmente, o termino-lateralmente o con il metodo dell'affondamento.

La mortalità di questa operazione rimane sempre molto elevata e non c'è dubbio che l'esatta sutura dei monconi abbia la maggiore importanza. Bisogna perciò tener presente la tendenza alla retrazione spontanea del moncone esofageo. A questo si dovrebbe opporre la sutura dell'esofago stesso allo jato diaframmatico: e tuttavia la sutura anche la più esatta non può garantire la esclusione di qualche piccolo tratto distaccato sopratutto in corrispondenza della parete posteriore in immediata vicinanza coll'aorta. Clairmont aveva creduto di poter ovviare a tale inconveniente con un tamponamento, ma l'esito infausto di un caso così trattato dimostrò l'infondatezza di tali vedute. Ma bisogna considerare ancora come la sezione dell'art. gastrica sin. e lo scollamento dell'esofago porta ad un disturbo di nutrizione tale che esso appare un elemento più importante di quello che non sia la mancanza del rivestimento peritoneale sull'esofago.

Difatti la necrosi marginale a livello della sutura è quella che di solito provoca le peritoniti. Tutte queste considerazioni hanno indotto l'A. a procedere in due tempi, nel seguente modo: laparatomia sec. Marvedel o incisione angolare sezione del peritoneo intorno all'esofago: sezione del vago sin., preparazione del peritoneo dorsale e sezione del vago destro con tutte le diramazioni nervose dirette posteriormente. Preparazione del peritoneo in direzione dello jato. Liberazione dell'esofago dai tessuti circostanti del torace con le dita della mano destra e l'aiuto di una trazione esercitata con due dita della mano sinistra. Preparazione della porzione superiore dello stomaco e sezione tra due legature dell'arteria gastrica sinistra. Sutura dello jato diaframmatico con le pareti dell'esofago, tirato in basso. Sutura della ferita laparotomica.

2° Tempo. Dopo 8-10 giorni resezione del tumore: riunione dell'esofago allo stomaco e fissazione della parete gastrica al peritoneo diaframmatico, mediante alcuni punti di sutura.

Lo scopo del frazionamento dell'operazione in due è racchiuso nella provocazione di aderenze tra diaframma ed esofago, in modo da escludere quasi assolutamente il pericolo di una mediastinite. L'esofago abbassato e fissato mediante aderenze, atte a garantire una buona nutrizione del moncone, permettono di evitare la trazione su di esso e la necrosi marginale.

Trattandosi, poi anche di malati assai debilitati, il frazionamento dell'operazione appare opportuno. A questo riguardo bisogna aggiungere che la esecuzione di una fistola gastrica non appaia giustificata; più logica è la digiunostomia. Ma si possono ottenere risultati soddisfacenti anche senza questo intervento supplementare.

Sebbene l'esito felice di un solo caso personale non possa autorizzare a conclusioni generali, tuttavia le ragioni addotte dall'autore giustificano il suo consiglio di provare il metodo proposto.

MINGAZZINI.

Un caso d'invaginazione dopo gastroenterostomia posteriore.

(LOSERT. *Bruns Beitr. z. Klin. Chir.*, Bd. 140, H. 2).

L'invaginazione dell'ansa digiunale nella bocca della g. e. è una rara complicazione. Pertanto si hanno vari casi illustrati da Steber, Hartert, Schlossmann, Delfino, Brunn ed altri.

Come in tutti i casi finora conosciuti non fu fatta una diagnosi prima dell'operazione, nè fu fatto un esame radiologico per lo stato della paziente che richiedeva un sollecito intervento chirurgico.

Si trattava di una donna operata 2 anni prima nel reparto chirurgico dell'ospedale di Troppau di gastro-enterostomia per ulcera duodenale e guarita per prima.

In seguito ebbe perdite vaginali sanguigne per cui fu praticata una isterectomia: l'esame istologico diede una endometrite fungosa. Dopo circa 5 mesi fu colta da crampi allo stomaco e vomito; il polso era piccolo e frequente, temperatura 36. Il vomito frequente era costituito di liquido scuro con traccie di sangue. Difesa addominale e resistenza nell'ambito gastrico. Con diagnosi di volvolo dello stomaco fu operata e si trovò una invaginazione dell'ansa efferente attraverso la

bocca anastomotica. L'ansa fu disinvaginata e misurava circa 20 cm. senza segni di gravi lesioni. La bocca anastomotica che era di 8 cm. venne ristretta con punti ai due estremi. La paziente guarì bene.

Mentre Brunn ritiene che l'invaginazione comincia nel digiuno e poi si estende verso lo stomaco, nel caso suo l'autore crede che l'invaginazione sia cominciata dalla bocca anastomotica ed a ciò abbia contribuito la stomia grande.

I sintomi come negli altri casi sono stati: vomito ripetuto con sangue, dolori localizzati e resistenza al tatto come di un cuscino d'aria nell'ambito gastrico, tensione della parete addominale, grave alterazione dello stato generale.

La diagnosi potrà esser fatta con la conoscenza dei sintomi e con il quadro radiologico caratteristico datò da Brunn (difetto di riempimento a ventaglio). Due anni più tardi la paziente fu nuovamente colta dagli stessi sintomi ed entrò in altro ospedale. Questa volta fu fatta la diagnosi in base alla notizia precedente.

BRANCATI.

FISIOPATOLOGIA.

La trasmissione umorale degli effetti dell'eccitazione nervosa.

(HENRI FREDERICQ. *Archives de la Soc. des Sc. Méd. et Biol. de Montpellier*, agosto, 1928).

Si è ammesso per lungo tempo che solo il sistema nervoso può assicurare la coordinazione che deve esistere fra i nostri differenti organi: le eccitazioni, partite da un apparato qualunque, dovevano attraverso vie centripete pervenire ai centri nervosi e da questi ripartire per vie centrifughe andando così ad influenzare la funzione di organi lontani.

La scoperta degli ormoni (secretina, adrenalina, secrezione ipofisaria, insulina, ecc.) mostrò che accanto a queste coordinazioni nervose deve esistere un altro modo di coordinazione, la coordinazione per via umorale.

Dei « messaggeri chimici », come dicono gli inglesi, trasportati dalla corrente sanguigna, modificano le funzioni di apparecchi situati a distanza dal punto di produzione dell'ormone, oppure modificano il metabolismo generale dell'organismo.

Per circa venti anni (dal 1902, data della scoperta della secretina da parte di Bayliss et Starling, al 1921, data della pubblicazione dei lavori di O. Loewi) si considerò che questi due modi di coordinazione, nervosa e umorale, erano assolutamente distinti fra loro.

Le pubblicazioni di Loewi (1921) e dei suoi continuatori dimostrarono che questo modo di considerare le cose è forse troppo assoluto, e posero la questione di sapere se il sistema nervoso, modificando la composizione degli umori che imbibiscono gli organi nei punti delle sue terminazioni, non fosse suscettibile di dimostrare una qualche combinazione di questi due modi di coordinazione. Non si tratterebbe in effetti nè di una coodinazione nervosa pura nè di una coordinazione propriamente umorale, ma di una coordinazione che si potrebbe chiamare neuro-umorale.

È noto che il pneumogastrico dei vertebrati agisce sul cuore modificandone la frequenza delle contrazioni (azione cronotropa), la loro energia (azione inotropa), la loro rapidità di propagazione (azione dromotropa), il tono del miocardio (azione tonotropa), ed infine la sua eccitabilità (azione batmotropa).

Sul cuore isolato della ranocchia, O. Loewi di Graz dimostrò che il nervo pneumogastrico modifica la composizione chimica della soluzione salina utilizzata per conservare le contrazioni dell'organo, in modo tale che il liquido raccolto all'uscita del cuore durante la faradizzazione del nervo ha acquistato delle proprietà biologiche nuove: portato a contatto di un cuore isolato questo liquido modifica la funzione di questo cuore esattamente nel senso in cui avrebbe potuto agire il nervo pneumogastrico stesso: il liquido diminuisce la frequenza delle contrazioni e la loro energia e rallenta la loro velocità di propagazione intracardiaca.

Queste esperienze non sono sempre facili ad interpretare, e ciò per diverse ragioni, di cui la più importante risiede senza dubbio nel fatto che negli anfibi si riscontrano, commisti ai filetti nervosi moderatori del pneumogastrico, numerosi filetti simpatici di cui l'eccitazione dà effetti inversi ai primi: azioni cronotrope, inotrope e dromotrope positive.

Secondo le specie animali e secondo le stagioni si vedrà predominare le une o le altre.

D'altronde Loewi dimostrò che si possono dissociare queste azioni antagoniste: l'atropina paralizza elettivamente i moderatori, l'ergotamina mette fuori di causa gli acceleratori.

I lavori di Loewi, che ponevano un problema nuovo, formarono oggetto di numerosi controlli. Servendosi di tecniche varie Plattner, Witanowski, Popper e Russo, Brinkman e Van Dam, de Oliveira-Frias, Ten Cate, Kahn e altri confermarono nei poichilotermi questi interessanti risultati.

Una tecnica particolarmente elegante fu quella impiegata da Brinkman e Van Dam e da Ten Cate. Questi AA. realizzarono fra due ranocchie « siamesi » uno scambio delle circolazioni. Il liquido che ha irrigato il cuore della prima è condotto al cuore della seconda: la faradizzazione del solo pneumogastrico della prima modifica il funzionamento dei due cuori uniti solo per via umorale.

Kahn arrivò ad un risultato analogo utilizzando una cannula a doppia tubulatura di cui ogni branca di biforcazione porta un cuore di ranocchia: anche in questo caso la faradizzazione del pneumogastrico del primo cuore influenza la frequenza e l'energia di contrazione dei due organi.

Duschl e Windholtz, Rylant, Zunz e La Barre, Popper e Russo, Oliveira-Frias, Plattner trovarono una reazione analoga servendosi del cuore dei mammiferi (ratti « siamesi » o « parabiotici » di Dusche e Windholtz, gatti a circolazione ridotta di Zunz e La Barre, ecc.).

In tutte queste esperienze si è potuto mettere in evidenza la produzione da parte del pneumogastrico di una sostanza chimica ad azione vagomimetica, cioè ad azione simile a quella del nervo vago stesso.

Secondo Popper e Russo, Oliveira-Frias e Plattner questa sostanza non ha specificità zoologica. Prelevata nei mammiferi, essa è attiva sul cuore dei poichilotermi. È questa una particolarità che appartiene anche ad altri ormoni già conosciuti.

La possibilità di una trasmissione per via umorale degli effetti batmotropi (o effetti sull'eccitabilità del cuore) della faradizzazione del pneumogastrico fu messa in evidenza da Henri Fredericq.

Ma prima di passare alla dimostrazione di questo fatto, occorreva stabilire su basi sicure in qual senso la faradizzazione dei nervi vaghi modifica l'eccitabilità del miocardio. Occorreva anche verificare se l'azione batmotropa del pneumogastrico è reale. Poichè su questo punto i dati della letteratura erano molto contradittori: numerosi sperimentatori, utilizzando gli animali più diversi (cane, ranocchia, anguilla, tritone) erano arrivati, servendosi del classico metodo delle soglie (nel quale l'eccitabilità è misurata dall'intensità della corrente elettrica esattamente sufficiente per produrre nel cuore una contrazione supplementare), ai risultati più contradittori: l'azione batmotropa del pneumogastrico era, secondo i casi, considerata positiva, negativa o anche nulla.

Per arrivare ad un risultato decisivo, si dovette ricorrere al metodo cronassimetrico introdotto in fisiologia da Lapicque. Non è il caso di definire dettagliatamente la cronaxia. Basterà dire che la cronaxia è un valore del tempo, espresso in frazione di secondo, che serve a caratterizzare l'eccitabilità dei tessuti eccitabili ed a classificarli in tessuti a reazioni rapide ed in tessuti a reazioni lente. Questo nuovo metodo si è dimostrato molto fecondo.

Henri Fredericq dimostrò anzitutto nel cane, nella ranocchia e nella tortora che la faradizzazione riduce il valore della cronaxia del cuore: da tre millesimi di secondo essa diviene per esempio da 1 a 1,5 millesimi di secondo durante l'eccitazione del nervo. Essendo stato solidamente stabilito questo punto, era possibile verificare se l'azione batmotropa così definita si comunica al liquido che irrora il cuore. È precisamente quello che avviene: accoppiando due ranocchie in modo che comunichino fra loro solo attaverso il sistema circolatorio, si osserva che la faradizzazione del vago della prima riduce la cronassia del cuore della seconda. Ugualmente un cuore nuovo immerso nel liquido vagale (liquido raccolto all'uscita di un altro cuore, durante la faradizzazione del vago di quest'ultimo) mostra una cronassia più corta che se viene immerso nel liquido prelevato durante il periodo di riposo del nervo.

Viene così completata la nozione della trasmissibilità per via umorale degli effetti che esercita sulle diverse proprietà del cuore il funzionamento dei suoi nervi moderatori.

Ma il pneumogastrico è anche il nervo motore del tubo digestivo, di cui il simpatico è l'inibitore.

Brinkman e Van Dam sullo stomaco della ranocchia, Ten Cate sulla cloaca dello stesso animale, Jendrassik sull'intestino della lepre, dimostrarono che per via umorale è possibile trasmettere da un animale all'altro le proprietà eccitomotrici che il pneumogastrico esercita sul canale digestivo.

Se abbandoniamo il dominio della vita vegetativa per considerare quello della vita di relazione, costatiamo ancora che l'eccitazione di un nervo modifica la composizione chimica del mezzo costituito dall'organo nel quale il nervo ha la sua terminazione.

L'eccitazione dello sciatico della ranocchia libera nel torrente circolatorio delle sostanze che si dimostrano eccitomotrici per l'intestino (Hess, Brinkman e Ruiter). La sostanza liberata non è un semplice prodotto del metabolismo muscolare, poichè l'effetto persiste se i muscoli innervati dallo sciatico sono stati preventivamente immobilizzati con il curaro.

Si sapeva d'altronde già che l'eccitazione dello sciatico produce delle sostanze capaci di provocare, come l'adrenalina, tachicardia e vasocostrizione (Cannon, Linton, Houssay e Moulinelli).

Oliveira-Frias dimostrò d'altra parte che il liquido vagale della tortora è costrittore per la pupilla della ranocchia.

De Moor, che aveva osservato che l'eccitazione della corda del timpano fa passare nel sangue un principio eccitosecretorio per le ghiandole salivari, poteva scrivere nel 1913: « Noi riconosciamo a veri ormoni le attività attribuite fino adesso al sistema nervoso ».

Tutti questi fatti, troppo numerosi, troppo concordanti, troppo ben controllati per poter essere messi in dubbio, conducono ad una conclusione certa: l'eccitazione dei nervi della vita vegetativa come l'eccitazione di alcuni nervi della vita di relazione produce (o almeno libera) delle sostanze chimiche di cui l'azione su di un organo nuovo è frequentemente identica all'azione esercitata dallo stesso nervo.

Questa osservazione così nuova e così curiosa non ha potuto però essere sempre confermata da coloro che cercarono di controllare i risultati di Loewi e dei suoi continuatori.

Volta a volta Hemmeter, Asher, I. F. e C. Heymans, Nakayama, Gley, Lambert pubblicarono delle esperienze con risultati completamente negativi.

Non è sempre facile poter vedere la ragione di questa contraddizione. Sembra che si possa

incriminare un fatto messo in evidenza da Loewi, da C. Foa e da Plattner: il sangue, gli estratti di tessuto miocardico, distruggono rapidamente la sostanza vagale per mezzo, sembra, di un fermento della categoria delle esterasi, capace di inattivare per idrolisi la sostanza vagale. Danno risultati positivi solo le esperienze nelle quali questa esterasi non interviene.

Ciò che notevolmente contribuisce a dare alla sostanza vagale una esistenza obiettiva, è il fatto che alcune delle sue proprietà fisiche e chimiche hanno potuto essere nettamente definite: essa abbassa la tensione superficiale, favorisce l'imbibizione dei colloidi protoplasmatici, è distrutta dal calore (ciò che rende probabile la sua natura organica), dializza (ciò che permette di credere che le sue molecole sono molto piccole), è solubile nell'alcool ed insolubile nell'etere. Secondo Loewi essa possiede delle proprietà simili a quelle di certi derivati della colina, specialmente dell'acetilcolina.

Tali sono i fatti. Sarebbe evidentemente imprudente affermare che i nervi allo stato fisiologico agiscono sugli organi terminali solo per mezzo delle sostanze che la loro eccitazione incontestabilmente libera. È però degno di considerazione il fatto che la sostanza in questione agisce il più spesso nello stesso senso in cui avrebbe agito il nervo stesso.

Se il problema della trasmissibilità per via umorale degli effetti dell'eccitazione nervosa non è interamente risolto, dobbiamo riconoscere che esso pone una questione interessante, che ha già stimolato e che stimolerà certamente ancora nell'avvenire gli sforzi di numerosi ricercatori.

Toscano.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

Neuberger. *Le traitement des maladies nerveuses en clientèle.* Maloine editore, Parigi. Prezzo Fr. 30.

La terapia delle sindromi nervose non è sufficientemente curata nei trattati di terapia generale e di patologia, la pubblicazione quindi di un manuale che succintamente ma esaurientemente espone il modo di curare le varie malattie del sistema nervoso non è certo superflua.

D'altra parte il manuale del Neuberger ha anche il pregio di essere redatto con criteri di praticità, scartando tutto ciò che è dottrinale o comunque inutile ingombro.

Un capitolo di particolare interesse è quello riguardante la cura delle affezioni del simpatico, la cui importanza nella pratica comune si va sempre più riconoscendo.

Dr.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Adler. *Die Technik der Individual-Psychologie.* Bergmann ed., Monaco. Prezzo M. 7.50.

Se non tra i più produttivi, Adler è certo tra i più geniali psicanalisti. Le sue idee personali, la sua concezione che mette alla base della vita spirituale non l'istinto sessuale, ma la volontà di potere — Wille zur Macht — lo distaccarono da Freud, del cui cenacolo aveva fatto parte agli albori della psicanalisi.

In questa prima parte della tecnica della psicologia individuale nella quale tratta dell'arte di leggere la storia della vita e di un malato, egli trova modo di esporre il suo pensiero, la sua concezione psicologica in relazione sopratutto all'essenza delle neurosi.

Anche se non si può essere d'accordo su tutte le idee di Adler, bisogna riconoscere la ingegnosità e talvolta anche la fondatezza delle sue interpretazioni, tal che egli appare tra gli psicanalisti meno fantastici e meno fanatici.

Dr.

Lewin. *Phantastica.* Casa editrice dott. F. Vallardi, Milano. Prezzo L. 28.

È un libro pregevole di medicina sociale, un succoso manuale di tossicologia voluttuaria. Sono trattati dal punto di vista farmacologico, clinico e sociale tutte le tossicomanie, dalle più diffuse alle meno note, dalle più gravi alle più innocue.

L'A. divide i tossici voluttuari in euforici, fantastici, inebrianti, ipnotici, eccitanti e di ciascuno fa una completa trattazione.

La traduzione italiana dalla seconda edizione tedesca anche se non eccellente, è tuttavia chiara e precisa.

Dr.

P. L. Fiorani-Gallotta. *Alcoolismo.* Un vol. in-4°, di pag. 202, con 57 fig. Unione tipografico-editrice torinese, 1928. Prezzo L. 16.

Con tanto dilagare di propaganda antialcoolica, mancava da noi un libro che riassumesse le principali nozioni in proposito, raccogliesse i dati statistici più importanti e delineasse chiaramente la questione, indicando i rimedi più adatti per combattere la grave piaga.

Tale è appunto il lavoro del prof. Fiorani-Gallotta, che fa parte del *Trattato italiano di igiene.* In esso, dopo alcune note storiche sull'argomento e le necessarie nozioni sulla bromatologia e tossicologia delle bevande alcooliche, l'A. passa a studiare il destino dell'alcool nell'organismo e la sua azione patologica sugli organi e sistemi. Esamina poi il lato sociale della questione, nelle sue cause, nei suoi rimedi, nella profilassi.

Alieno dalle esagerazioni degli antialcoolisti intransigenti, i quali finiscono per essere più dannosi che utili, l'A. espone con rigore scientifico i dati conosciuti ed affronta il problema sociale con sano equilibrio, fidando più sull'elevamento morale e materiale degli individui che su inani provvedimenti proibizionistici.

fil.

DISCUSSIONI E COMMENTI.

A proposito della « disciplina e controllo della radioterapia del cancro » in risposta al prof. Perussia e dottori Lolli e Macchiarella il prof. I. Collica ci invia una lunga lettera polemica di cui riassumiamo i punti più importanti, per evidenti ragioni di spazio.

L'A. richiama le parole del prof. Perussia, nella relazione al primo convegno della Lega Italiana per la lotta contro il cancro, che giustificavano la discussione del problema della disciplina e controllo della terapia del cancro coi raggi X, e sostiene che la legge da lui propugnata verrebbe da una parte a reprimere l'azione deleteria dei falsi radiologi, e dall'altra non sarebbe guinzaglio alla libertà dei radiologi, nè ostacolo al progresso, ma darebbe forza legale alla onesta opera dei veri radiologi.

Protesta il Collica contro coloro che credono che la legge da lui propugnata si tradurrebbe in atto di sottomissione verso l'ultimo chirurgo; essa sarebbe disciplina di cura in argomento tanto vitale.

Naturalmente la legge invocata è condizionata dalle parole « sino a che nuove conquiste scientifiche non impongano altra via da seguire ».

Finora per evitare i danni di pareri disparati, per evitare le malefatte dei falsi radiologi non v'è espediente utile (abilitazione); unico mezzo è una legge esplicita la cui efficacia sarà morale e preventiva; « essa servirà a frenare gli entusiasti, a distogliere i disonesti, e a far pensare e studiare gli inesperti ed a fare applicare sempre la radioterapia con scienza e coscienza ».

Con tale dichiarazione riteniamo chiuso il dibattito che pure è servito ad agitare, se non a risolvere, un problema di palpitante attualità, nella deontologia medica.

N. d. R.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 24 novembre 1928.
Presidente: Prof. R. ALESSANDRI.

Sul meccanismo patogenetico degli itteri spirochetici.

Prof. SANARELLI G. — L'O. dopo aver riassunto sinteticamente il complicato problema degli itteri infettivi in genere, comincia ad esporre le ricerche che egli, coadiuvato dal dott. G. PERGHER, ha compiute durante tre interi anni, sulla patogenesi degli itteri spirochetici. In queste affezioni si trovano frequentemente quegli spirocheti che secondo la denominazione di Noguchi vengono designati sotto l'appellativo generico di Leptospire; tali spirocheti, sperimentati sui più diversi animali (cavie, conigli, cani, scimmie, ecc.), dimostrano di avere particolare elettività pel fegato e pel rene, ove si localizzano di preferenza; ma non hanno per sè stessi grande potere patogeno, potendo essere assai bene sopportati da alcuni animali. Le grandi manifestazioni morbose riportabili alle sintomatologie cliniche dell'ittero emorragico e dell'ittero grave tropicale, sopravvengono esclusivamente quando alla spirochetosi si soprappongono delle infezioni secondarie da streptococchi, da paratifici o da altri batteri, il che avviene con notevole frequenza.

In tali condizioni i parenchimi epatici e renali, ove sono annicchiate in grande quantità le spirochete, e che hanno subito una sorta di sensibilizzazione, vanno incontro — per l'azione del microbio secondario — ad un vero choc analogo a quello anafilattico, che porta alle più disastrose conseguenze (ittero, emorragie, ecc.) ed alla morte. L'O. prosegue precisando le condizioni dello esperimento e dimostrando come la variabilità delle infezioni secondarie possa determinare vari quadri clinici ed anatomo-patologici. Si addentra inoltre nei meccanismi patogenetici di questi complicati fenomeni.

Prof. DIONISI. — In considerazione dell'importanza della comunicazione, propone che la discussione possa essere fatta nella futura seduta, al che il Presidente risponde che ciò è contemplato anche dal Regolamento dell'Accademia.

Le catene lineari del corpo e dello spirito.

Prof. CALLIGARIS G. — L'O. riassume i risultati delle sue ricerche, continuate per venti anni, su le linee iperestetiche del corpo, ricordando le linee longitudinali, trasversali e oblique, di 1° e 2° ordine, nonchè i piccoli e grandi quadrati fondamentali che risultano dai loro incroci. Spiega la formazione dei diversi sistemi lineari, con a capo il grande sistema mediano e intermedio, indica il meccanismo di articolazione fra le linee iperestetiche di tipo longitudinale e quelle corrispondenti di tipo trasversale, insistendo sulla ripetizione seriale dei metameri longitudinali e trasversali e sul fatto fondamentale che ogni grande quadrato, sia esso mediano o intermedio, comprende tutti i sistemi lineari e riassume tutte le organizzazioni funzionali.

Dopo aver trattato delle speciali ripercussioni psichiche che si hanno per la stimolazione di ciascuna linea digitale assiale o interdigitale di

1° ordine, l'O. ne rivela le peculiari ripercussioni splancniche.

La linea assiale del dito pollice è quella dell'amore e dell'intestino, come la I interdigitale è quella dell'oblio e dello stomaco. La linea assiale del dito indice è quella della memoria e degli organi sessuali, come la II interdigitale è quella dell'odio e del fegato. La linea assiale del dito medio è quella dell'associazione mentale e dei reni, come la III interdigitale è quella del dolore e della milza. La linea assiale del dito anulare è quella del piacere e del pancreas, come la IV interdigitale è quella del riposo e del sonno nonchè quella dei polmoni. La linea assiale del dito mignolo è quella della veglia e dell'emozione nonchè quella del cuore, come la linea interdigitale (laterale del corpo) è quella della dissociazione mentale e del sistema nervoso cerebro-spinale. (Presentazione di trenta grandi tavole a colori).

Prof. Mingazzini. — Osserva che le ardite vedute del Calligaris non debbono ingenerare senso di scetticismo nell'Accademia, e propone di nominare una Commissione che le esamini: questa, su proposta Presidenziale, viene costituita dai proff. Mingazzini, Baglioni, Dionisi, De Sanctis.

Il Segretario: V. Puntoni.

Associazione Medica Triestina.

II Adunanza scientifica del 2 novembre 1928-VII.

Presidente: Dott. A. Cofler.

Diagnosi di anencefalia in gravidanza.

Dott. A. Duca. — Dopo aver passato in rivista le difficoltà della diagnosi e la rarità con cui essa viene fatta in gravidanza, l'O. passa all'esposizione del caso. Mentre fino a pochi anni fa la diagnosi di questa malconformazione si faceva solo in travaglio o al momento dell'espulsione del feto, in questi ultimi anni venne fatta mediante i raggi Röntgen già in gravidanza: gli americani Campbell, Case, Rudolph, e Doubs riportano complessivamente 7 casi, in Germania venne pubblicato un caso dalla clinica del Kehrer: spesso queste diagnosi erano fatte accidentalmente, come in quest'ultimo caso in cui la donna venne radiografata per sospetto di gravidanza gemellare.

Nel caso presentato dall'O. invece, la diagnosi di anencefalia venne fatta già in gravidanza: la radiografia venne fatta di proposito per controllare e confermare la diagnosi clinica: difatti la proiezione di due diapositive dimostra la mancanza completa della volta cranica; si vedono solamente alcuni nuclei ossei della base.

La diagnosi clinica si basò sul:

1) trovare il volume dell'utero minore di quanto comportasse l'epoca della gravidanza: questo fatto si spiega col mancato sviluppo della volta cranica;

2) non trovare il palleggiamento cefalico nei quadranti addominali superiori, nè negli inferiori, dove si palpava una massa mobile che non presentava i caratteri tipici della testa;

3) trovare B. C. F. e piccole parti fetali dallo stesso lato dell'addome, come nelle presentazioni di faccia, senza percepire il caratteristico gradino fra testa e dorso fetali come si ha in questi casi;

4) nell'esplorazione vaginale si percepiva una massa molliccia e si palpavano delle sporgenze ossee che non erano altro che elementi della base.

A termine precoce di gravidanza si ebbe il parto e la donna espulse un feto di 3800 gr.: feto che presentava la tipica testa di rana: la testa mancava completamente della volta cranica e la massa cerebrale era racchiusa in una sacca biancastra, priva di peli. Secondamento e puerperio normali.

Dopo aver fatto risaltare l'importanza pratica della diagnosi di queste anomalie fetali, l'O. spiega come in questi casi si debba prendere in considerazione solamente l'interesse della madre e non quello del feto perchè questo non è vitale: in questi casi si deve sempre scegliere quell'intervento operativo che è meno dannoso e meno traumatizzante per la donna. In ultimo viene riportata una statistica dell'Eerland: quest'autore che raccolse 30 casi di anencefalia riferisce che in 18 casi fu possibile fare la diagnosi solo al momento dell'espulsione, in 8 casi a dilatazione completa, in 3 casi a dilatazione di 6 cm. e in 1 caso a dilatazione di 3-4 cm.

Actinomicosi.

Dott. Grandi. — L'O. crede che l'argomento sia ancora degno di pertrattazione e per il numero non indifferente di casi osservati (che non sempre si presentano coll'aspetto tipico del male), e nella convinzione che l'Act. sia più diffusa di quanto si creda, ma non venga sempre riconosciuta come tale.

Dopo aver messo in evidenza gli studi fatti in proposito dagli Italiani (fra i quali ricorda Sebastiano Rivolta ed il prof. Perroncito), l'O. ricorda Israel che per primo ne riconobbe la natura parassitaria e Ponfick che dimostrò l'identità dell'actinomicosi umana e dell'A. bovina e ne fece un quadro nosologico definito.

Spetta alla scuola senese il merito di aver posto in viva luce l'importanza delle micosi chirurgiche, le quali clinicamente non rivestono il più delle volte carattere di specificità, essendo più spesso simili ai granulomi tubercolari e sifilitici.

L'O. dopo aver rilevato che la frequenza dell'Act. nella nostra regione si è fatta intensa negli ultimi anni (ben 20 casi osservati nel reparto stomatologico dell'Ospedale « Regina Elena ») osserva che i casi di Act. bovina sono oggigiorno quasi scomparsi.

La fonte precipua d'infezione è data dagli elementi vegetali. L'incubazione va da una settimana a qualche mese. La porta d'entrata è costituita anzitutto dai denti cariati, poi dalla mucosa orale e dalla cute.

La diagnosi può presentare difficoltà all'inizio; è facile quando esistono fistolizzazioni.

La consistenza lignea e la scarsa suppurazione sono elementi che parlano a favore della natura specifica del fungo. L'A. può essere confusa nella forma temporo-mascellare con una parotite subacuta, con un tumore della parotite e con una osteoartrite tubercolare, nella forma cervicale con una periostite mandibolare, con un flemmone ligneo del Reclus, ecc.

La prognosi è relativamente buona, può divenire infausta se la diffusione prende le vie del cranio o del mediastino, o nel caso di una setticopiemia actinomicotica.

Per la terapia, l'O., oltre alla cura medicamentosa con tripaflavina ed arsenico per via orale, ha largheggiato con la cura chirurgica, pur non avendo avuto occasione di intervenire con atti chirurgici di estrema energia. Nei casi poi di particolare resistenza alla guarigione ed in quelli a lunga durata l'O. ricorse all'ausilio dei raggi Röntgen; è difficile però precisare se tale terapia ha dato un decisivo miglioramento.

Non venne applicata la Radiumterapia.

Da ultimo, l'O. prende in considerazione la profilassi, per la quale (essendo nota la genesi del male) molto potrebbe giovare una intensa propaganda sui giornali, nei circoli, nelle scuole, e fra la gente occupata nel lavoro della paglia e del fieno, ecc.

La relazione è stata illustrata da numerose ed interessanti illustrazioni.

In discussione il dott. WINTERNITZ rileva che nella sua pratica assicurativa su migliaia di candidati all'assicurazione rivisti in un anno un unico presentava nell'anamnesi un'actinomicosi guarita. Da ciò deve conchiudere che l'actinomicosi è un'affezione molto rara.

Un nuovo caso di neoformazione di pigmento sulla faccia anteriore dell'iride.

Dott. MANZUTTO. — L'ammalato K. A. d'anni 10, che l'O. presenta, accolto nella divisione oculistica dell'Ospedale « Regina Elena » ai 30 ottobre 1928, accusava diminuzione della facoltà visiva d'ambo gli occhi e precisamente da più di un anno all'occhio destro e da alcuni mesi all'occhio sinistro.

Come causa di tale diminuzione fu constatata una lussazione della lente nel vitreo in ambedue gli occhi: nel mentre però nell'occhio sinistro si ha una lussazione nel vitreo di lente trasparente, nel vitreo dell'occhio destro la lente lussata apparisce opacata, di color biancastro e raggrinzita.

Nella parte inferiore della retina poi nell'occhio destro si vede alla periferia una zona atrofica con contorni irregolari e sfumati, che contiene qualche zolla di pigmento.

Non si ha aumento di tensione nè in un occhio, nè nell'altro.

L'interesse maggiore però in questo caso è dato dalle alterazioni che si riscontrano nell'iride dell'occhio destro. L'iride cioè apparisce confusa nella sua struttura ed in essa si vedono tre zone distinte; la parte periferica dell'iride è colorita in bruno; la sua parte, che circonda la pupilla, quasi tutto all'ingiro è atrofica, di colore biancogrigiastro; su questa porzione pupillare si vede una terza zona, la quale è data da uno strato di pigmento, il quale — fuorchè nella sua parte superiore — si porta dal bordo pupillare per un tratto sulla faccia anteriore dell'iride, ricoprendo in parte la porzione atrofica di cui si è fatta parola.

Per queste alterazioni nell'iride specialmente presenta l'ammalato, essendo questo reperto di una neoformazione di pigmento sulla faccia anteriore dell'iride una cosa molto rara.

Già nel 1904 in una sua pubblicazione: « Einige Fälle von Pigmentneubildung auf der Vorderflache der Iris », *Zeitschrift für Angenheilkunde*, Bd. XIII, aveva esaurientemente descritto quattro casi di neoformazione di pigmento sulla faccia anteriore dell'iride, che fino a quell'epoca avea avuto la fortuna di osservare.

Prima di allora nella letteratura non avea potuto riscontrare che al massimo sei casi analoghi e precisamente cinque di Nettleship ed uno di Lawford, pubblicato nel « Transation of the ophthalmological Society of the United Kingdom ».

Nei suoi quattro casi questa speciale neoformazione di pigmento sulla faccia anteriore dell'iride l'avea osservato sempre in occhi amaurotici, con diminuita tensione, dei quali tre avevano sofferto antecedentemente un trauma.

Anche in tre casi dei sei pubblicati prima dei suoi, si trattava certamente di occhi amaurotici.

Questi casi sono ben differenti da quelli che dipendono da una anomalia congenita del foglietto pigmentato dell'iride, conosciuti nella letteratura coi nomi di « Ectropium uveae congenitum », oppure « Papilloma dell'iride », oppure di « Villositates congenitae strati retinalis marginis pupillaris iridis », oppure di « Melanoma iridis ».

In questo nuovo caso non si tratta di un occhio amaurotico, giacchè la sua visione — se anche notevolmente diminuita — è con la correzione di + 10.0 D. = circa 6/60; però si tratta sempre di un occhio profondamente alterato, con una lussazione di cataratta nel vitreo, occhio che presenta oltre a ciò delle alterazioni atrofiche nel fondo.

Dermatosi tumorale.

Dottori MARCHESINI e FREUND. — Gli OO. presentano un caso di difficilissima diagnosi osservato nella divisione medica del primario dottor COFLER dell'Ospedale « Regina Elena ». Si tratta di una ragazza di 17 a. affetta da 3 anni di numerosi tumori intra- e sottocutanei. Dall'anamnesi risulta che l'a. e le sue 2 sorelle sono affette da tubercolosi e un lieve gozzo. Stato pres.: nulla di anormale ad eccezione di una obsoleta apicite rilevabile allo schermo. Nulla di patologico nel sangue e nelle orine. Ricambio basale + 14. Prove endocrine: nulla di anormale. R. W., intradermo con Tricofitina, con Luetina neg. Pirquet con tuber. bovina positiva.

Descrizione della dermatosi: si tratta di numerosi infiltrati intracutanei di estrema durezza, mobili con la cute, indolenti e non contenenti qualsiasi calcificazione come risulta dall'esame radiologico (primario Gortan). Tali tumori hanno la grandezza che varia da una moneta fino a quella di un pomo e che hanno un colore rossoscuro o livido bluastro. Localizzazione dei tumori: palpebra inferiore destra, regione mandibolare destra, avambraccio, ambedue le gambe. Taluni di essi sono congiunti tra loro mediante un cordone durissimo. Inoltre si riscontrano sulla cute, nella vicinanza dei tumori, dei fatti lichenoidi ed eczematoidi. L'esame istologico fa escludere anzitutto trattarsi di un sarcoide sottocutaneo Darier o Russi-Darier. Si riscontrano come reperto principale vasti infiltrati che s'iniziano già nelle papille e scendono fino al sottoderma, consistendo dei soliti elementi parvicellulari, di qualche cellula epiteloide o gigante atipica (non del Langhans) e di moltissime cellule eosinofile; mancano le cellule di Sternberg. Tali reperti non sono sufficienti per una diagnosi sicura. Il caso rimane in ulteriore osservazione

Una cura antileutica consistente in 11 iniezioni di Neo ICI a 0,30 e cerotto mercuriale localmente

applicato porta bensì un risultato parziale ma, smessa la cura, si ha una recidiva completa. Il caso rimane in ulteriore osservazione.

Dott. Ferrari. — Dall'esame istologico risulta trattarsi di un granuloma caratterizzato da una certa variabilità degli elementi cellulari e dalla presenza di numerosissime cellule eosinofile. Mentre si può escludere in via assoluta una linfogranulomatosi, il preparato mi sembra molto sospetto per micosi fungoide e sarebbe opportuno fare delle ulteriori ricerche in questo senso.

Prof. Freund. — Non esclude che la diagnosi di Ferrari sia giusta ma necessitano ulteriori biopsie ed ulteriori osservazioni del caso.

Casistica anatomo-patologica.

Dott. Ferrari. — 1) L'O. presenta il preparato anatomico di un polmone appartenente ad una donna morta per diabete, in cui fu trovato un focolaio del volume d'una grande noce bene circoscritto ripieno di una massa amorfa asciutta nerastra non fetente; all'esame microscopico e culturale fu riscontrato trattarsi di Aspergillus fumigatus.

2) Egli presenta inoltre due casi di atresia congenita del crasso in neonati; in ambedue i casi l'apertura anale normale conduceva in un breve canale rettale terminante dopo pochi centimetri a cul di sacco. Qui cominciava in ambedue i casi un tubo della grossezza del processo vermiforme che in un caso arrivava sino all'altezza della flessura sigmoidea, mentre nell'altro occupava anche il posto del colon trasverso sino al posto della flessura epatica terminando ambedue a fondo chiuso. Le parti normali del crasso erano in ambedue i casi naturalmente molto dilatate. Uno dei neonati visse 6 l'altro 10 giorni; in questo secondo caso era stato applicato un ano preternaturale cecile. La causa di questa atresia del crasso è ancora oscura. Secondo Kreutter e Forssner si tratterebbe di una chiusura del lume intestinale già aperto da parte di elementi cellulari della parete, chiusura di solito transitoria, permanente invece nei casi di atresia.

Il dott. Cofler presenta un caso di anemia perniciosa.

Il dott. Calligaris presenta un uomo affetto da tumore addominale di natura non ancora precisata.

Il Segretario: Dott. E. Roncali.

Associazione Medico-Chirurgica di Alessandria.

Seduta del 14 dicembre 1928.
Presidente: Prof. E. Perroncito.

La diatermia nelle forme infiammatorie annessiali.

Canuso (Alessandria). — L'O. riferisce i risultati ottenuti con questo metodo in 32 casi di annessite cronica. Di essi, le forme puerperali e gonococciche hanno conseguito in linea di massima un forte miglioramento e tavolta una vera guarigione clinica; le forme tubercolari invece ne risentirono più danno che vantaggio. Assolutamente sconsigliabile è poi l'impiego della diatermia nelle forme acute e subacute.

Ferrari approva l'applicazione della diatermia nelle forme croniche di annessite. Chiede all'O. se le sue pazienti furono trattate ambulatoriamente o in reparto.

Canuso risponde che una parte delle malate venne trattata in reparto ed una parte ambulatoriamente ma che in tutte i risultati furono soddisfacenti.

La fototerapia nelle erosioni del collo dell'utero.

Gatti (Alessandria). — L'O. riferisce su alcuni casi di cervicometrite cronica trattati con raggi ultravioletti a mezzo di *speculum vaginale* (lampada di Landecher) ed in base ai risultati ottenuti, giudica esser la cura coi raggi ultra-violetti un mezzo terapeutico da prendersi in giusta considerazione nella cura di tali affezioni.

Ferrari osserva che vi sono delle cerviciti che non resistono l'azione dei raggi e tra queste si deve annoverare la cervicite follicolare del Doleris della quale si può invece ottenere una guarigione completa con l'ignipuntura.

Voluminoso fecaloma del sigma.

Lenti (Alessandria). — L'O. descrive il caso di un individuo sessantenne colpito da circa un anno periodicamente da crisi occlusive. Sottoposto ad intervento operatorio, si estrasse dal sigmacolon un fecaloma sferico del peso di 400 gr. Le cause che provocano la formazione di questi fecalomi, sono quelle che comunemente provocano la stitichezza, e alla diagnosi è utile il particolare della mobilità abituale del tumore e della sua fissità in basso durante gli attacchi occlusivi.

Ferrari crede che la loro formazione sia dovuta ad una troppo accentuata funzione di assorbimento dell'acqua da parte dell'ultima porzione dell'intestino.

Fasano ritiene invece che molta importanza abbia il fattore spastico-nervoso.

La vitaminoterapia nelle malattie mentali.

Carezzano (Alessandria). — L'O. riferisce che tutti i malati nevrastenici melanconici, dementi precoci ebbero notevole miglioramento nelle loro condizioni fisiche con l'uso della vitamina.

L'O., esaminate minutamente le varie ipotesi che possono formularsi sui rapporti delle vitamine con le malattie mentali, conclude asserendo che nelle forme mentali in genere ed in particolare negli stati depressivi e nelle sindromi nevrasteniche la vitaminoterapia può sortire risultati veramente eccellenti.

Reitani, in casi di scorbuto ha ottenuto risultati insperati con l'uso della vitamina.

Maragnani, riferisce il caso di una tifosa, presentante sul finire della malattia un quadro tipico di avitaminosi, che scomparve completamente dopo una serie di iniezioni di vitamina.

GUALINO, confermando i risultati riferiti dal dott. Carezzano, che egli stesso ebbe occasione di constatare, dice che i risultati ottenuti nella stessa malattia mentale da diverse forme di terapia debbono mettersi in rapporto con il fatto che noi finora seguiamo nei quadri psichiatrici delle distinzioni puramente descrittive e non patogenetiche.

L'acetato di tallio nella cura delle tigne del cuoio capelluto.

CORTONA (Alessandria). — L'O. così descrive l'uso di applicazione:

1) L'uso dell'acetato di tallio, purchè purissimo e nelle dosi di 6-8 milligr. per Kg. di peso corporeo, non è pericoloso per i piccoli pazienti, sotto i 14 anni, che costituiscono la maggioranza degli infermi di tigna del capo.

2) Il farmaco deve essere somministrato di preferenza per via orale, in soluzione zuccherata mucilaginosa, al mattino a digiuno. È conveniente che sia ingoiato in una sol volta, quantunque si possa prender anche frazionato in due o tre giorni.

3) Se è vero che gli autori sono contrari all'uso dell'acetato di Tallio negli adulti per i gravi fatti di intossicazione che possono verificarsi, non esclusa la morte, tuttavia si è usato con buon esito il detto farmaco anche in persone adulte con 46-48 Kg. di peso senza notevoli disturbi.

4) Il tallio pur non avendo azione antiparassitaria, ha una grande efficacia depilatoria nelle tigne favosa, tricofitica, microsporia del cuoio capelluto — depilazione che avviene con un meccanismo che si può paragonare a quello da Raggi X.

5) La depilazione — appena iniziata — deve essere favorita da energiche saponate o da lozioni leggermente disinfettanti del cuoio capelluto e ciò perchè presto — dopo la caduta del pelo — si avvia il processo di rinascita e di ripresa vitale di eventuali monconi che permangono nel follicolo.

6) In casi speciali si può associare la cura dei raggi Röntgen a quella del tallio, usando dosi notevolmente inferiori tanto dei primi che del secondo, affine di evitare gli inconvenienti propri di ciascuno dei due sistemi.

Decadimento etico consecutivo ad encefalite letargica.

CAREZZANO (Alessandria). — L'O. riferendosi a casi consimili già descritti da altri autori, espone il caso di un giovane ventiduenne che all'età di 15 anni sofferse di encefalite, infermità a cui residuò un così profondo decadimento del senso morale da consentire di ravvicinare il soggetto alla categoria degli immorali costituzionali; molto probabilmente si tratta di piccole lesioni a carattere tossico disseminate in tutta la massa cerebrale.

Interruzione di gravidanza al settimo mese.

CASTELLI (Alessandria). — Si tratta di un'ernia tubarica certamente congenita, il cui strozzamento era stato provocato dall'inturgidirsi della tuba per congestione dovuta allo stato gravidico. Liberata la tuba imprigionata dal colletto erniario, cessarono le contrazioni e la gravidanza riprese il suo andamento normale.

FINZI ricorda a questo proposito di aver dovuto operare un'ernia tubarica strozzata in una bambina.

Emisindrome cerebello-piramidale susseguita ad encefalite epidemica.

SANTONÈ (Alessandria). — L'O. riferisce il caso di una ragazza diciassettenne, la quale sofferse tre anni prima di un episodio morboso caratterizzato da febbre ed ipersonno, durato circa due mesi, ed in coincidenza del quale comparve, al lato sinistro del corpo, un emitremore intenzionale con altri sintomi di ordine cerebellare e piramidale. Dall'analisi dei detti sintomi l'O. ritiene che l'osservazione possa rientrare nella cosidetta sindrome superiore del nucleo rosso.

Quanto all'eziologia fa notare come le notizie anamnestiche, il decorso della malattia, ed i risultati delle ricerche umorali, facciano ritenere probabile l'origine encefalitica della sindrome osservata.

Studi sulla eziologia della parotite epidemica.

REITANI e MIRONE (Alessandria). — Gli OO., dopo aver accennato alle più recenti indagini sull'eziologia della parotite epidemica, riferiscono i risultati della loro prima serie di ricerche, che sono state negative nei riguardi della spirochete di Kermogant.

Sono stati inoculati dei conigli, nella vaginale del testicolo e nella camera anteriore dell'occhio, col liquido sieroematico, ricavato con la puntura della parotide di soldati ammalati di orecchioni, con saliva non filtrata e colla stessa, sottoposta a filtrazione su Candela Chamberland, L3.

Su 10 conigli inoculati con la sierosità proveniente dalla parotide non è stato possibile mettere in evidenza elementi spirochetici: in uno residuò incapacità alla proliferazione.

Su altri 10 conigli inoculati con saliva non filtrata, s'è avuto in 3 ascesso testicolare con atrofia consecutiva e sterilità. Negli strisci fatti nei vari periodi dell'infezione e nelle sezioni sono stati osservati elementi spirali, da riportare morfologicamente alla spirochete buccalis (Provazeck) - alla Sp. media (Provazeck e Hoffmann) - alla Sp. dentium (Provazeck e Hoffmann).

Su 10 conigli inoculati con saliva filtrata non s'è osservata alcuna spironemacea: in 3 si notarono fatti d'orchite, con sterilità consecutiva di uno.

Negli strisci fatti con succo testicolare ottenuto da due malati affetti da orchite parotitica, non s'è notata alcuna forma di spirocheti.

Come criterio ex iuvantibus gli OO. han voluto provare la terapia arsenobenzolica, giudicata da taluni come specifica, ma il risultato non è stato soddisfacente.

La curie-terapia del cancro dell'utero.

PERAZZI (Alessandria). — L'O. illustra la tecnica che viene usata nel Reparto Ostetrico-Ginecologico di Alessandria, giungendo a concludere che « la Curieterapia del cancro dell'utero è il metodo di elezione nella cura del cancro in quei casi nei quali esso non può venire trattato chirurgicamente.

Il Segretario: CAREZZANO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Paralisi del ricorrente da stenosi mitralica.

Le paralisi del ricorrente possono essere di origine centrale — cerebrali e bulbari — e di origine periferica.

Le prime sono determinate da tumori, encefaliti localizzate, tubercolosi, gomme, endo- e periarterite, emorragie, trombosi, flogosi meningee, ecc.

Quelle di origine periferica sono causate o da lesioni dirette del ricorrente, o del vago, oppure dello spinale.

Le lesioni del vago sono parziali o totali, intra od extracraniche; quelle dello spinale sono dovute a fratture della base del cranio, a sifilide, ad aneurisma dell'arteria basilare, ecc.

Le cause che agiscono sul ricorrente direttamente sono: traumatiche, da compressione; possono influire sul ricorrente i versamenti pleurici, la tubercolosi apicale, e molte altre cause dovute ai rapporti che il ricorrente ha con gli organi endotoracici.

Molte affezioni flogistiche acute e croniche, dovute a' più svariati germi, possono produrre neuriti del ricorrente.

F. Cola (*Giorn. Med. Milit.*, X, ott. 1928) riporta il caso d'un giovane di 20 anni, il quale presentava disturbi laringei, consistenti in senso di ambascia, respiro affannoso, cianosi intensa del volto, senso di strozzamento dopo ogni sforzo.

All'esame laringoscopico si notò la corda vocale di sinistra in posizione cadaverica, immobile durante l'inspirazione e nei tentativi di fonazione.

A carico dell'apparato cardio-vascolare si notava ingrandimento dell'orecchietta S., con soffio diastolico presistolico alla punta, e secondo tono alla polmonare sdoppiato.

Evidentemente in questo infermo esisteva una paralisi del ricorrente da stenosi mitralica.

Per spiegare il meccanismo di tale paralisi, le principali teorie sono quelle di Ortner, secondo la quale la paralisi sia dovuta alla compressione che il ricorrente subisce fra l'arco dell'aorta e l'orecchietta sinistra ipertrofica e dilatata, e la teoria di Kraus, secondo la quale l'enorme ipertrofia del ventricolo destro produce un'inclinazione sul lato destro con rotazione del cuore, e stiramento dei grossi vasi, e specie dell'arco aortico, con conseguente stiramento del ricorrente.

Altre teorie, di minore credito, sono state avanzate.

L'A. crede che l'ingrandimento dell'orecchietta sinistra, spingendosi posteriormente in contatto col ricorrente, poteva esser causa dell'irritazione, della compressione e della paralisi del ricorrente.

CARUSI.

Difficoltà di esame e di interpetrazione di un caso di asistolia.

P. Merklen (*La Presse méd.*, 27 ott. 1928) riporta il caso di un individuo di 55 anni, che da tempo aveva tosse ed affanno di respiro. All'esame, si presentava con intensa cianosi estesa a tutto il corpo, edemi che risalivano fino al bacino, ventre non disteso, con poca o punta ascite; dispnea che impedisce la posizione orizzontale. La percussione del cuore dà risultati poco netti, all'ascoltazione si percepiscono due soffi sistolici, l'uno tricuspidale, non costante, l'altro mitrale, con propagazione all'ascella, costante. Polso a 120, irregolare, pressione 100/65, polso giugulare. Fegato eccedente di 3 dita l'arco costale; ai polmoni, rantoli sibilanti sparsi, e sottocrepitanti, con subottusità, alle basi. Urina scarsa con albumina e urobilina.

Il trattamento classico rimase inefficace. Un salasso, fatto in un momento di massima dispnea diede un sollievo momentaneo. L'iniezione di un diuretico mercuriale provocò eliminazione di forte quantità di urina, che però il giorno dopo ritornò a quella di prima; tali iniezioni furono poi rifiutate dal malato per il malessere che gli lasciavano. Il malato venne a morte, con i consueti sintomi degli asistolici; negli ultimi tempi il polso, pure rimanendo frequente, diventò regolare.

All'autopsia, si trovò: cuore di grandezza normale, cavità destre leggermente dilatate, nessuna alterazione valvolare, miocardio bruno con piccole stelle sclerose; coronarie sane. Stasi pericardiche e pleuriche; enfisema polmonare. Fegato cardiaco, ma piuttosto atrofico (g. 720); organi addominali fissati con aderenze solide, fra cui si trovavano delle sacche con liquido citrino.

L'autopsia dà quindi dei risultati discordanti dall'esame clinico. Per i soffi, quello tricuspide può spiegarsi con la dilatazione moderata del l'anello auricolo-ventricolare, ma quello mitrale non è spiegabile con lo stato anatomico del cuore. L'epatomegalia, ben netta clinicamente, non esisteva affatto; nei polmoni, mancavano la sclerosi parenchimatosa e la dilatazione bronchiale che generalmente dominano il processo. La periviscerite, che comprendeva anche le pleure diaframmatica e mediastinica, fu una scoperta di autopsia. Altra particolarità, già osservata da altri, era il fatto che il polso, sulla fine, era diventato regolare.

Contrasto, quindi evidente fra l'intensità dei disturbi e lo stato anatomico del cuore. Erano certamente in causa delle alterazioni miocardi-

che, che però non potevano attribuirsi a lesioni nè valvolari, nè polmonari.

Altra caratteristica era il fatto dell'assoluta mancanza di azione dei consueti rimedî cardiaci; è anche questa una particolarità per cui queste forme devono essere distinte da quelle che vanno abitualmente sotto il nome di asistolia. *fil.*

Le «embolie blande» nell'endocardite lenta.

Il fatto che le embolie batteriche dell'endocardite lenta non suppurano è ben conosciuto, ed è difficile spiegare perchè ciò avvenga, qualora si pensi che i germi i quali le producono sono abitualmente agenti di processi suppurativi. E tra questi trovasi in prima riga lo «streptococcus viridans».

Secondo Oeller la ragione della suppurazione mancata dovrebbe cercarsi in uno stato speciale dei tessuti, durante lo svolgersi di questa forma infettiva, per cui la suppurazione stessa verrebbe impedita.

Sorge ora però il quesito circa il perchè di tale mancata reazione.

Sulla base di 4 osservazioni personali P. Saxl (*Med. Klin.*, n. 37, 14 sett. 1928) crede di poter giungere alla conclusione che le suppurazioni durante il decorso dell'endocardite lenta non sono eccezionali, ma si producono sempre per intervento di germi piogeni, diversi dal germe causa dell'endocardite stessa. Dal che si potrebbe ulteriormente dedurre che l'organismo si troverebbe in uno stato d'immunità verso questo germe, in modo da non reagire con processo suppurativo alla sua presenza.

Ciò si accorderebbe anche con le vedute di Dietrich, secondo il quale l'endocardite, compresa la speciale forma di endocardite lenta, sarebbe il resultato di una infezione settica collegata ad un determinato stato di immunità.

In uno solo dei casi studiati da Saxl la suppurazione era dovuta allo streptococcus viridans, ma si trattava di una sepsi generale da tale germe, con varie localizzazioni, tranne che quella endocardica. M. FABERI.

Le manifestazioni cerebrali dell'insufficienza ventricolare sinistra.

I noti sintomi dell'insufficienza ventricolare sinistra (tosse cardiaca, pseudoasma; edema polmonare acuto, congestione polmonare), possono essere dissimulati da sintomi cerebrali, ictus apoplettici, crisi di convulsioni comatose, che portano a morte il malato. All'autopsia, come osserva M. Dumas (*Journ. des praticiens*, 18 agosto 1928) non si trovano focolai di emorragia o di rammollimento cerebrale, ma edema polmonare. Altre volte, si tratta di ipertesi con lipotimie e convulsioni, in occasione di caduta brusca della tensione arteriosa. In tutti questi casi, in cui è da escludersi l'origine acetonemica od uremica, è invece l'insufficienza ventricolare sinistra che provoca un ingombro acuto della circolazione polmonare ed una vera ischemia cerebrale.

Sono noti i pericoli dei salassi abbondanti negli ateromatosi cerebrali; la caduta brusca della pressione arteriosa può determinare un ictus. Anche nel salasso, che s'impone dell'edema polmonare, si dovrà evitare di sottrarre troppo grande quantità di sangue. Si applicheranno delle ventose scarificate o tutt'al più un salasso di 250 cmc.; se la pressione è bassa si eviterà ogni sottrazione di sangue. *fil.*

TERAPIA.

Le diarree dei tubercolotici.

Le diarree dei tubercolotici hanno origini svariate. Alcune sono dovute all'eccesso di medicamenti, altre alla sovralimentazione, a disturbi dispeptici, ad insufficienza epatica, gastrica, pancreatica. Può trattarsi di una specie di diarrea mestruale, periodica ed intermittente o di infezioni banali.

Talvolta è in causa la *degenerazione amiloide;* si tratta di individui cachettici, con gambe edematose, con antiche suppurazioni, il fegato e la milza ipertrofici, abbondante albuminuria.

Vi sono poi le diarree veramente tubercolari, fra cui quella della granulia generalizzata, in cui la lesione dell'intestino si manifesta con sintomi analoghi alla tifoide.

La diarrea dell'enterite tubercolare è di solito secondaria e si mostra insieme alla febbre etica, al 2°-3° periodo della tubercolosi. È una diarrea tenace, che resiste ai consueti trattamenti, si accompagna a dolori, ad inappetenza, nausee, anemia. La pelle è secca e terrea, talora coperta, alla faccia ed alle mani, da macchie pigmentarie bronzee, in rapporto con l'irritazione del simpatico.

Come trattamento, L. Ramond (*Journal des praticiens*, 8 sett. 1928) raccomanda anzitutto il riposo in letto; niente iperalimentazione, nè medicamenti irritanti. Regime essenzialmente di idrati di carbonio (riso, paste, marmellate) con prosciutto magro, pollo, talora anche carne arrostita o cruda, in pillole. Come bevanda può servire bene l'acqua di riso zuccherata ed aromatizzata con un po' di limone o di rhum.

Utili sono i preparati a base di succo gastrico, gli acidi (acido cloridrico medicinale, diluito al 10 %, un cucchiaino prima dei pasti in acqua albuminosa); la pepsina, la pancreatina, i prodotti biliari hanno azione incerta.

Consigliabili sono le preparazioni a base di calcio, come:

Fosfato di calcio	g. 10
Carbonato di calcio	» 30
Sottonitrato di bismuto	» 10

Un cucchiaino prima dei pasti.

Al bismuto, si possono associare i tannici (tannigeno g. 1; sottonitrato di bismuto g. 5; per una carta, da prendersi a digiuno in mezzo bicchiere di acqua calda.

Sono stati inoltre raccomandati: il collargolo (5-20 cg. al giorno), il blu di metilene (pillole da 5 cg. prima dei pasti); molto discussi sono i fermenti lattici che, secondo alcuni, hanno dato buoni risultati.

In caso di diarree dolorose, convengono gli oppiacei a dosi piccole e con moderazione per evitare la diminuzione dell'appetito.

fil.

Il trattamento dei vomiti.

Per calmare i vomiti, è classica la *pozione del Riverio* che consta, come è noto, di due parti: 1) bicarbonato di sodio g. 3,50; sciroppo semplice g. 30; acqua g. 100; 2) acido citrico g. 4; sciroppo di acido citrico g. 30; acqua g. 100. Si fanno prendere alternativamente un cucchiaio dell'una e dell'altra.

L'*acqua cloroformica* si dà a cucchiai (1-5 nelle 24 ore), diluiti in acqua.

Il *mentolo* non si può usare a lungo per la sua azione irritante. Lo si prescrive a dosi di 5-10 cg. in uno sciroppo gommoso.

L'*etere* si dà in perle od in pozione. La *cocaina* (cloridrato) si prescrive a dosi di 10 cg., in acqua cloroformica ed acqua semplice, ana g. 50.

Può essere utile il *sale da cucina* in soluzione al 2 %, a prese di 50 cmc.

L'*atropina* e la *belladonna* sono utili nei vomiti riflessi (mg. 1/4-1 di solfato di atropina o 6-40 gocce di tintura di belladonna, progressivamente). Si può anche formulare: tintura di belladonna, di giusquiamo, di canape indiana, ana g. 3, in 100 g. di acqua. Un cucchiaino in acqua, prima dei pasti.

Il *cloruro d'oro* è pure un antiemetico classico; lo si dà in soluzione di 5-10 cg. in 50 g. di acqua; 1-3 cucchiaini in mezzo bicchiere di acqua, a piccoli sorsi.

Fra i rimedi opoterapici, sono utili l'*adrenalina* (nei vomiti iniziali della gravidanza) ed il *lobo posteriore dell'ipofisi* (1/2-1 cmc. per iniezioni).

Fra i *mezzi fisici*, sono consigliate le inalazioni di ossigeno, l'applicazione di ghiaccio o di cloruro d'etile all'epigastrio, l'ingestione di ghiaccio, la galvanizzazione del pneumogastrico (due tamponi nella cavità sottoclavicolare).

Nei vomiti speciali, Gutmann (*Journ. de méd. de Paris*, 10 genn. 1929) consiglia:

Per quelli *postanestesici*, la soluzione di sale, il lobo posteriore dell'ipofisi, le inalazioni di ossigeno, gli ampi movimenti respiratori.

Per quelli dei *tubercolotici*, il decubito laterale destro dopo i pasti, l'acqua cloroformica od il bicarbonato di sodio, pure dopo i pasti; il mentolo (cg. 10-20 in acqua bromoformica e pozione gommosa, ana g. 100; agitare prima dell'uso, prenderne 4-5 cucchiai).

Utile può essere la dionina (cg. 30 in acqua coob. di lauroceraso e acqua cloroformica, ana g. 5; V gocce prima dell'accesso, 3-4 volte al giorno). Utili sono altresì i calmanti della tosse in genere, specialmente la codeina; sono inoltre consigliate le iniezioni endovenose di cloruro di calcio (2-4 cmc. della soluzione al 50 %).

fil.

Le false diarree del poppante.

La scarica diarroica si produce il più spesso fra due periodi di costipazione, accompagnata da vomiti e da stato saburrale delle vie digerenti. Lo stato generale però rimane buono e non si ha febbre. Le feci sono liquide, grigiastre, molto fetide; hanno sempre reazione alcalina (una cartina di tornasole permette di rilevarlo) e sono prive di bilirubina (un po' di feci stemperate con 5 cmc. di acqua a cui si aggiunge dell'acido cloridrico in quantità uguale; si scalda leggermente e si aggiunge una goccia di percloruro di ferro officinale; in presenza di bilirubina, si ha colorazione verde).

Queste diarree si hanno più spesso in bambini allattati artificialmente.

Per la cura, Robert, Debré, Goiffon e Violet (*Le Nourrisson*, genn. 1928) consigliano anzitutto di non sottoporre il bambino ad un regime severo e di evitare l'uso del latte di vacca, nonchè degli astringenti e dei clisteri. Un solo rimedio è indicato, il solfato di sodio; utile è altresì mescolare al latte una mucillagine (far bollire con latte stesso un poco di seme di lino). In tal modo, la diarrea guarisce rapidamente e lo stesso trattamento ne impedisce il ritorno.

fil.

Nell'anoressia infantile.

Comby, oltre all'aeroterapia, l'elioterapia, il soggiorno in campagna od in montagna, consiglia:

Tintura di noce vomica	g. 1
Tintura di genziana	
Tintura di chinina	
Tintura di colombo	
Tintura di quassia	
Tintura di rabarbaro	ana g. 2

V gocce prima dei pasti, in un po' di acqua zuccherata.

NOTE DI TECNICA.

Sulla ricerca dei sali biliari con la reazione di Hay e con la misura della tensione superficiale.

Mentre l'identificazione dei pigmenti biliari e dell'urobilina nell'urina non presenta alcuna difficoltà, quella dei sali biliari è una quistione ancora in discussione. I metodi chimici fondati sulla reazione di Pettenkoffer per la loro tecnica troppo complessa esorbitano dalla pratica; ai metodi fisici, basati sull'apprezzamento della tensione superficiale (reaz. di Hay, metodo coi capillari, statagmometria) si obbietta la mancanza di specificità.

Numerose sostanze, oltre i sali biliari, sono tensio-attive e tra queste, per quanto riguarda specificamente l'urina, alcune possono trovarvisi: quali sostanze accidentalmente introdotte nell'organismo ed eliminate per via renale, quali mezzi

conservativi, quali componenti abnormi. Siccome però tali sostanze sono facilmente identificabili, le obbiezioni perdono gran parte del loro valore. Ne consegue che, data la tensio-attività indiscutibile dei sali biliari, la perfetta concordanza tra la Hay e la Pettenkoffer dimostrata da Sarban e Brulé, la notevolissima sensibilità della reaz. di Hay (positiva anche nel rapporto 0,10:1000), la estrema semplicità della reazione che necessita di un minimo di precauzioni (zolfo ben secco, sostegni stabili al riparo di vibrazioni, esame praticato su fondo nero) il metodo possiede tutti i requisiti perchè ne sia giustificato l'uso nella pratica.

Il dosaggio invece presenta difficoltà notevoli. Un metodo colorimetrico basato sulla reazione di Pettenkoffer non offre nessuna garanzia perchè le troppo lunghe e ripetute manipolazioni producono inevitabili e incontrollabili perdite; il metodo statagmometrico urta contro difficoltà di altro genere.

L'abbassamento della T. S. dell'acqua per aggiunta di sali biliari procede secondo una curva logaritmica almeno entro certe concentrazioni. Nell'urina, però, altri corpi vengono a turbare l'andamento della curva. Secondo le ricerche di Billard e Dieulafé, di Lyon, Caen e di Ed. e E. Doumer per una determinata concentrazione di sali biliari, il valore della T. S. varia secondo il tasso di NaCl e va decrescendo almeno sino al contenuto di 8-10 gr. per litro. Il metodo di Doumer basato su questi elementi, per cui conoscendo la T. S. ed il contenuto in NaCl si può ottenere un dosaggio approssimativo dei sali biliari non è entrato nella pratica.

A. LABAT e Y. CAMPLAN (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, n. 18, 25 sett. 1928) tentarono per varie vie la risoluzione del problema, con esito del tutto negativo; però nel corso delle loro numerose ricerche, interessanti osservazioni permisero loro di verificare, con tecnica differente, alcuni fatti noti:

1) Il nero animale, sbattuto per 10 minuti con l'urina (1 gr. di nero per ogni 10 cmc.) asporta tutte le sostanze tensio-attive. La densità ed il pH restano invariate.

2) In un'urina privata delle sostanze tensio-attive, l'aggiunta di sali biliari abbassa la T. S. proporzionatamente al contenuto in cloruri. Però oltre ai cloruri devono intervenire altre sostanze giacchè in due urine aventi lo stesso contenuto in cloruri ma composizione diversa, l'aggiunta dello stesso quantitativo di sali biliari modifica in modo diverso la T. S.

3) Data la possibilità di privare l'urina di tutte le sue sostanze tensio-attive, si può determinare la *T. S. reale* (ottenuta moltiplicando le due ultime cifre della densità per mmgr. 7,5) e misurare approssimativamente l'azione di queste sostanze paragonando la T. S. reale con la T. S. prima del trattamento col nero.

4) Con lo statagmometro di Duclaux a 15° la quantità delle gocce oltre i 100 dà un'idea approssimativa della massa delle sostanze tensio-attive e, nella specie, dei sali biliari, e, dato che tutte le urine danno sempre più di 100, si sarebbe indotti verso l'opinione di quegli AA. i quali vogliono che l'urina contenga sempre sali biliari.

5) Dal punto di vista della pratica è rarissimo che non si trovi una Hay positiva in un'urina che dia più di 130 gocce.

6) Il timolo abbassa nettamente la T. S. e può essere totalmente asportato dal nero animale.

7) Sembrerebbe infine che lo zucchero tenda ad opporsi in una certa misura all'azione tensio-attiva del timolo, mentre non modifica la tensio-attività dei sali biliari. Questo fatto però richiede ancora il controllo di numerose esperienze.

PALLADINI.

VARIA.

L'importanza e l'origine dei gas intestinali.

La presenza di gas nell'intestino è una condizione indispensabile per la vita.

Le contrazioni del diaframma, che costituiscono la parte prevalente nella funzione respiratoria, sono possibili solo in quanto la tensione dei due strati gassosi nei quali si trova detto muscolo, è uguale o quasi.

Se la tensione dei gas intestinali fosse inferiore alla pressione atmosferica, il diaframma sarebbe mantenuto in una costante posizione d'inspirazione.

D'altra parte la elasticità che i gas inducono nella cavità addominale rendono possibile la funzione dei vari organi in essa contenuti: agevola la circolazione sanguigna, assicura la permeabilità dei dotti escretori del fegato, dei reni, la distensibilità della vescica.

Sotto l'azione delle variazioni della loro tensione i gas si muovono nell'intestino e concorrono così ad eccitare la peristalsi, determinano il mescolamento del chimo con la bile, con il succo pancreatico, con i vari secreti intestinali che a causa della loro varia densità tendono a rimanere separati.

Infine il gas intestinale spinge i liquidi verso la parete enterica e ne favorisce così l'assorbimento.

Nella vita intrauterina i gas intestinali hanno funzioni importantissime condizionando stati di cose assolutamente indispensabili alla vita. Essi spingono il diaframma nella cavità toracica, ed impediscono così la penetrazione del liquido amniotico nei bronchi.

D'altra parte assicurano la prima inspirazione

nel momento in cui il feto arriva nell'aria libera: sospinto in alto dalla tensione addominale il diaframma potrà abbassarsi per azione della pressione atmosferica.

Infine la pressione esercitata sugli ureteri dai gas addominali impedisce nella vita uterina la escrezione dell'urina e quindi l'attossicamento del liquido amniotico. L'eliminazione dei prodotti del ricambio si farà così per la via placentare.

Sull'origine dei gas intestinali, che, come si è visto, hanno tanta importanza per la vita, si sono avanzate molte ipotesi. Si è ammesso che essi provengano dalla fermentazione della cellulosa. Ma in effetti questa origine non è esclusiva e neppure la più importante. I gas sono presenti nell'intestino fin dalla nascita: il feto uscendo dall'utero ha già il ventre disteso dai gas. E se così non fosse la pressione atmosferica manterrebbe la parete addominale solidamente applicata alla colonna vertebrale e renderebbe assolutamente impossibile il primo abbassamento del diaframma. D'altra parte gli individui sottoposti a dieta lattea assoluta o ad un regime, dal quale sia assolutamente bandita la cellulosa, conservano inalterata la tensione addominale.

Gaume (*Bulletin médical*, 1928) fa opportune osservazioni per sostenere che i gas intestinali si formano nel duodeno.

A livello del passaggio del duodeno nel digiuno esiste un inginocchiamento di 70°-80°, tale che normalmente le pareti intestinali collabiscono e formano una specie di valvola che impedisce il libero passaggio dei liquidi e dei gas. L'apertura di questa valvola è regolata dalla tensione gassosa del duodeno. Quando il volume e quindi la pressione del gas ha raggiunto un grado tale da equilibrare il peso della parete digiunale, la parete superiore dell'inginocchiamento duodeno-digiunale si solleva e passa così il gas superfluo e con esso una certa quantità di liquido. Ristabilita la pressione la parete della valvola si riabbassa e così di seguito.

È ovvio che il ritmo del passaggio di liquidi e gas nell'intestino varierà in funzione diretta dalla produzione di gas nel duodeno: sarà accelerato quando il gas abbonda e viceversa.

I pericoli di un eccessivo accumulo di gas nel duodeno, che potrebbero portare ad una sempre più stretta applicazione della parete anteriore del duodeno sul digiuno, sono ovviati con meccanismi autonomi. La disposizione a ferro di cavallo del duodeno smorza in parte la forza di espansione dei gas, determinando una perdita della loro forza viva per i loro urti contro gli angoli inestensibili. D'altra parte l'eccessiva distensione del duodeno provoca una contrazione del muscolo del legamento sospensore di Treitz ed il sollevamento e quindi l'apertura del piloro.

Questo meccanismo di accumulo nel duodeno e di passaggio automatico nel tenue o nello stomaco, fa pensare che i gas si producano nel duodeno stesso.

E tutto fa credere che i gas stessi provengano dalla decomposizione dell'acqua a mezzo di un fermento speciale che la scompone in idrogeno ed ossigeno.

Solo così si spiega come il contenuto di gas nell'intestino sia assicurato anche durante la dieta idrica assoluta e prolungata.

Ed è probabile che la salivazione continua nella veglia e nel sonno si avveri per dare al duodeno la quantità di acqua necessaria alla formazione di gas indispensabili per mantenere la pressione intraddominale in equilibrio con quella atmosferica.

Le ripetute eruttazioni che si verificano dopo l'ingestione d'una gran quantità d'acqua quando si è stanchi, dipendono dal fatto che il piloro in istato di stanchezza lascia passare nel duodeno molto liquido che venendo a contatto del fermento è istantaneamente decomposto.

E poichè l'idrogeno e l'ossigeno non sono generalmente espulsi, e non sono mai assorbiti come tali, conviene credere che essi nell'intestino stesso si trasformino in una sostanza assimilabile, e molto probabilmente in acqua. Questa decomposta nel duodeno in idrogeno ed ossigeno, si ricostituisce nell'intestino grosso per l'azione di un altro fermento. Questo lavoro di ricostruzione deve essere particolarmente intenso a livello del cieco, e l'appendice deve essere l'organo, che prevalentemente non esclusivamente, produce il fermento ricostruttore dell'acqua.

Se i vecchi sono tormentati dal bisogno della espulsione di una gran quantità di gas è forse perchè le loro valvole sigmoidi sono ipotoniche, ma è anche perchè i fermenti ricostruttori perdono la loro attività. V'è uno squilibrio tra la decomposizione dell'acqua che deve avere sempre la medesima intensità per necessità vitali, e la sua ricomposizione, che può diminuire senza sensibile danno.

Alcuni alimenti, come i fagioli, provocano il timpanismo perchè verisimilmente contengono una sostanza capace di neutralizzare l'azione del fermento ricostruttore.

L'acqua anche sotto questo rapporto è l'elemento essenziale della vita.

La comparsa nella vita intrauterina, in una epoca indeterminata, del processo di decomposizione e ricostruzione dell'acqua, e la sua permanenza fino all'ultimo respiro, fa pensare che nel processo stesso si deve trovare la chiave di uno degli enigmi, o anche dell'enigma del meccanismo della vita.

argo.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Condotte mediche e circoscrizioni comunali.

In argomento di circoscrizioni nuove di certi Comuni, delle quali le Amministrazioni profittano per sopprimere alcune condotte mediche, il Ministero dell'Interno, viste non seguite le precedenti raccomandazioni (v. 1928, p. 267), ha diretto ai Prefetti una Circolare (25 ottobre 1928) a firma del sottosegretario on. Bianchi, in cui, premesso che non si deve colpire l'efficienza e il funzionamento dell'assistenza sanitaria, si aggiunge: È d'uopo, nel procedere alla soppressione di condotte, prendere in esame diligente i seguenti fattori: 1) il numero dei poveri aventi diritto all'assistenza sanitaria gratuita e loro distribuzione secondo le condizioni topografiche di accesso e di viabilità del luogo; 2) condizioni igieniche dei Comuni e stato locale di morbilità.

In una materia così specificatamente tecnica, occorre poi tener sempre nel maggior valore il parere del Consiglio provinciale di sanità. Infine non si debbono trascurare, per ragioni di equità, le condizioni dei sanitari, che sono esonerati dal servizio. Al riguardo si ricordano le istruzioni impartite circa i criteri da seguire per il trattamento del personale dei Comuni in dipendenza di modificazioni di circoscrizione territoriale, dovendo tali istruzioni estendersi anche al personale sanitario.

Cassa di Previdenza dei Sanitari.

La Direzione Generale della Cassa Depositi e Prestiti ha diretto alle RR. Prefetture del Regno la seguente circolare del 20 gennaio 1929, VII, n. 579, sulle « Agevolazioni per l'iscrizione alla Cassa di Previdenza dei Sanitari e riapertura dei termini per la presentazione delle domande di riscatto »:

« Con la legge 13 dicembre 1928, n. 3114, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* del 15 corrente, è stato riaperto il termine per la presentazione delle domande da parte dei sanitari iscritti alla Cassa di Previdenza, in servizio presso Provincie, Comuni o Istituzioni di beneficenza, per ottenere il riscatto secondo le norme vigenti, degli anni di servizio prestati in qualità di interino, degli anni di servizio militare, nonchè degli anni corrispondenti alla durata legale dei corsi universitari.

Ai sanitari non iscritti, ma con servizi anteriori alla data di istituzione della Cassa di Previdenza, la stessa legge concede di chiedere la iscrizione e il riconoscimento del servizio prestato sino al limite massimo di 20 anni, purchè essi versino il contributo straordinario di L. 600 annue, con i relativi interessi composti al 5 per cento, per tanti anni quanti sono quelli da riconoscere.

Tale riscatto, a condizione di favore, viene esteso ai sanitari delle Provincie appartenenti all'ex Impero Austro-Ungarico in regolare servizio dal 1° luglio 1924, che, a tale data, non erano iscritti a regolamenti, casse o fondi speciali di pensione.

Si prega pertanto codesto On. Ufficio di compiacersi curare che a mezzo dei competenti organi dai quali dipendono i sanitari anzidetti, questi ne siano resi subito edotti, con avvertenza che il termine perentorio per avanzare domanda sia pel riscatto a condizione di favore, sia per il riscatto a condizioni normali, scade entro sei mesi dalla pubblicazione della legge, e cioè il 15 luglio 1929, e che le domande su carta da bollo da L. 2, che non sono impegnative, dovranno essere trasmesse pel tramite di codesto On. Ufficio, e corredate dell'atto di nascita, del certificato di laurea e di tutti gli atti relativi alla carriera (cioè delle deliberazioni di nomina, di conferma, certificati di servizio, elenchi di stipendi).

Il Direttore Generale: Viti ».

CONCORSI.

Posti vacanti.

Auletta (*Salerno*). — L. 7000 e 4 quadrienni dec.; scad. 20 mar.; tessera o certificato d'iscrizione al Partito Fascista; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15; doc. a 6 mesi dal 27 gen.

Bolzano. *R. Prefettura.* — Proroga del conc. per uff. san. di Merano a ore 18 del 30 apr. Agli emolumenti indicati aggiungere 2 indennità alloggio corrisposte in via temporanea, revocabili in qualsiasi momento, che sommano complessivamente a L. 6750 annue lorde, se l'impiegato ha famiglia a carico, a L. 4450 annue lorde, se non vi è famiglia a carico.

Brescia. *Spedali Civili.* — Primario ostetrico; L. 6000 (*sic*); scad. ore 16 del 5 apr.; età lim. 45 a.; doc. non anter. al 30 nov.; pubblicazioni e *curriculum* in 3 esemplari. Rivolgersi agli Uffici (via Moretto 42).

Cingoli (*Macerata*). — Scad. 15 mar. a ore 17; chirurgo condotto e direz. Ospedale; L. 10.000 e 3 quadrienni dec., oltre L. 500 cav., c.-v.; età lim. 40 a.

Enna. *Amministraz. Provinciale.* — Direttore Sezione Med.-Micrografica del Laboratorio Prov. di Igiene e Profilassi. Stip. iniz. L. 11.600 con tre aum. quadrienn. di L. 600, L. 700, L. 800. Indenn. serv. attivo L. 2800 e caro-viveri. Scadenza ore 18,30 del 30 aprile. Per chiarimenti scrivere alla locale Segreteria Generale della Provincia.

Grosseto. *Congregazione di Carità.* — Chirurgo Primario Ospedale Grosseto. Stip. annuo lire 11.050; indenn. complem. L. 2541,40; caro-viveri; 55 % su tasse di cura dei paganti; età min. 30 a., massima 40 a., elevata a 45 per coloro che sono già in servizio presso Ospedali. Tassa conc. lire 50,10. Scadenza 10 aprile 1929.

Grosseto. *Consorzio Antitubercolare Provinciale.* — Medico direttore; titoli ed esami; L. 16.000

e due scatti quadriennali di L. 1000, oltre lire 2000 serv. att.; divieto lib. esercizio ecc.; scad. ore 18 del 15 apr. Doc. a 3 mesi dal 15 feb.; tassa L. 50; età lim. 40 a. Chied. annunzio. Rivolgersi Ufficio di Segreteria.

LUGO (*Ravenna*). — Scad. 15 mar.; 4 condotte; L. 8250 e 10 bienni ventes., oltre c.-v.; trasp. L. 500 per la condotta urbana e L. 2500 per le tre rurali; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15 per ogni concorso, specificando. Chied. annunzio.

MADRUZZO (*Trento*). — Scad. 18 mar.; con 4 fraz.; ab. 3000 circa; L. 8500 e 5 quadr. dec., oltre L. 1500 indenn. via, L. 1500 mezzo trasp., L. 850 uff. san., L. 1400 indenn. di quartiere oppure in natura; tassa L. 50,15; doc. a 6 mesi dal 16 feb.; serv. entro 20 gg.

MALO (*Vicenza*). — A tutto il 31 marzo 1929. Stip. L. 9000 e altre indennità. Chiedere avviso concorso alla locale Segreteria Municipale.

MATERA. *Amministraz. Provinc.* — Direttore della Sez. Med.-Microgr. del Labor. Prov. d'Igiene e Profil.; L. 12.000 elevabili a L. 13.350 dopo 2 quadrienni, oltre L. 2000 serv. att.; scad. ore 17 del 20 mar.

PESCARA. *Laboratorio Provinc. di igiene e profilassi.* — Direttore Sezione Medico-Micrografica. Stip. annuo L. 12.000 suscettibile di 4 aumenti quadr. di L. 1000 ciasc., oltre indenn. L. 3000 servizio attivo e cointeress. 30 % provento indag. interesse priv., più indenn. caro-viveri. Scadenza ore 19 del 13 aprile.

Coadiutore Sezione Chimica. Stip. L. 10.000 suscettibile di 4 aum. quadr. di L. 800 ciascuno; indenn. serv. att. L. 2000 e cointeress. 12 % sul prov. indag. interesse priv., più indenn. caro-viveri. Scadenza ore 19 del 13 aprile.

Tasse di concorso L. 50,10 e richieste di chiarimenti alla Segreteria locale Amministr. Provinciale.

REGGIO CALABRIA. *Amministrazione Provinciale.* — Il concorso per direttore e due assistenti per la Sez. Medico-Micrografica e Sez. Chimica del Labor. Prov. di Igiene e Profilassi è prorogato al 5 aprile 1929. Stipendi rispettivamente: lire 16.000, L. 13.700, L. 11.600; e oltre indenn. serv. attivo e caro-viveri. Per chiarimenti rivolgersi locale Segreteria.

TRIPOLI. *Municipio.* — Condotta; L. 8200; indennità resid. L. 4100; 5 quadrienni dec.; c.-v.; se conoscenza lingua araba L. 1000. Età lim. 25-35 a. (per i concorrenti in servizio di altre amministrazioni pubbliche del Regno o delle Colonie il lim. mass. è elev. a 50 a.). È consentito l'esercizio libero. Cittadin. ital. od ital.-libica. Tassa L. 50,10, al Tesoriere. Doc. a 3 mesi dal 30 gen. Assicuraz. Spese di viaggio anche per la fam.; 90 giorni di congedo ogni biennio. Docum. all'Ufficio di Segreteria entro il 15 apr.

VENEZIA. *Comune.* — Tre condotte per sestieri di città, L. 8000; cond. per 3 frazioni, L. 10.500; 4 quinquenni dec.; L. 500 serv. att.; c.-v.; per indenn. trasp. e altre condiz. chiedere annunzio. Età lim. 40 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 10 feb. Scad. tutto 15 mar.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Al momento di andare in macchina, apprendiamo che sono stati elevati alla dignità senatoriale i professori:

Bastianelli Raffaele, valoroso e apprezzatissimo chirurgo; si prodigò durante la guerra negli Ospedaletti da campo da lui organizzati e dette opera inestimabile nella cura dei grandi feriti;

Castellani Aldo, appartiene alle Scuole di Medicina Tropicale di Londra e di New Orleans; tutti i medici conoscono le sue importanti scoperte: il *Tripanosoma gambiense* nel liquido cerebrospinale dei soggetti colpiti dalla malattia del sonno; il *Treponema pertenue* quale agente specifico della framboesia tropica; lo *Spironema bronchialis* quale agente alla broncospirochitosi (morbo di Castellani); nonchè del compito che spetta alle micetosi in patologia umana, ecc.; è autore d'importanti trattazioni;

Gabbi Umberto, clinico medico di Parma; ha compiuto notevoli studi sulle malattie tropicali; è stato ufficiale medico durante la guerra d'Abissinia, quella di Libia e nella grande guerra;

Versari Riccardo, è professore di anatomia alla R. Università di Roma e direttore della Scuola Superiore di Educazione Fisica;

Viola Giacinto, clinico medico di Bologna e preside di quella Facoltà medica, membro del Consiglio Superiore della Pubblica Istruzione, è il più illustre rappresentante della medicina costituzionalistica fondata dal De Giovanni.

Alle nuove reclute del Senato i nostri rallegramenti.

Hanno conseguito la libera docenza in microscopia clinica i dottori: Bufano Michele, Cannavò Letterio, Lucchini Carlo, Paolini Renato, Volterra Mario; in fisiologia sperimentale i dottori: Margaria Rodolfo, Martino Gaetano, Pupilli Giulio, Castagna Stefano e Galamini Antonio; in medicina legale i dottori: Canuto Giorgio, Galante Ruggero, Nicoletti Ferdinando, Rizzatti Ennio; in patologia coloniale i dottori: Del Favero Ernesto, Gelonesi Gregorio, Sangiorgi Giuseppe; in clinica delle malattie nervose e mentali i dottori: Bolsi Dino, De Giacomo Umberto, Graziani Aldo; in batteriologia e immunologia i dottori: Andrei Giuseppe, Cerruti Carlo Francesco, Mazzetti Giuseppe.

Il Consiglio direttivo della Facoltà medica di Buenos Aires ha nominato professori « ad honorem » i dottori Enrico Hartmann ed Emilio Sergent della Facoltà medica di Parigi.

Il prof. Rössle di Basilea è stato chiamato a Berlino quale successore di Lubarsch nella cattedra di patologia generale e anatomia patologica.

Il Capo del Governo, Duce del Fascismo, ha concesso al prof. dott. Carlo Basile, capitano medico, la benemerenza di Volontario della Guerra Italo-Austriaca 1915-1918, per il servizio medico-militare lodevolmente prestato.

Per le sue benemerenze scientifiche al prof. Basile fu concesso dalla Facoltà Medica di Roma, sin dal 1923, l'incarico in Patologia coloniale, che egli tuttora svolge ottenendo stima ed incoraggiamento dalle EE. LL. i Ministri della P. I. e delle Colonie.

NOTIZIE DIVERSE.

8° Congresso della Società Internazionale di Chirurgia.

Come già abbiamo annunziato, questo Congresso avrà luogo dal 22 al 25 luglio prossimo a Varsavia.

La Compagnia Generale Transatlantica ha organizzato per quell'occasione una crociera nel Baltico, a mezzo del piroscafo di lusso « Espagne », che partirà da Le Hâvre il 12 luglio alle ore 10 e toccherà poi Zeebrugge, Ymuiden (Olanda), Copenhagen, Riga, Elsingfors, Stoccolma, l'isola di Gotland e Gdynia (Polonia), dove giungerà il 21 alle 7 di mattina, e donde in treno nella stessa giornata si raggiungerà Varsavia.

La spesa secondo la classe e la cabina varia da fr. francesi 3.575 a 8.000 per persona: l'imbarco può farsi a Le Hâvre o a Zeebrugge.

Chi desiderasse profittare del viaggio, deve scrivere all'Office Belge des Compagnies françaises de navigation a Bruxelles, Boul. Adolphe Max 29.

Congresso internazionale di fisiologia.

Come abbiamo annunziato, il 13° Congresso internazionale di fisiologia si svolgerà nella Scuola Medica Harvard (Harvard Medical School) a Boston, dal 19 al 23 agosto, sotto la presidenza di W. H. Howell, della Università Johns Hopkins di Baltimora, fiancheggiato da altri fisiologi, tra cui F. Bottazzi per l'Italia. Il comitato organizzatore è presieduto da W. B. Cannon dell'Università Harvard e ne sono segretarî E. Cohn e A. C. Redfield, della stessa Università.

Tutta la settimana successiva al Congresso, verrà consacrata alla visita di New York e dei dintorni, di New Haven, ecc.

Successivamente avrà luogo un'escursione al Canadà (Università di Toronto e di Montreal, cascata di Niagara, rapide di Lachine, viaggio sul lago Ontario e sul fiume San Lorenzo, ecc.).

Poichè il Congresso internazionale di psicologia si adunerà a New Haven dal 1° al 7 settembre, i fisiologi che volessero parteciparvi, potranno farlo dopo aver visitato New York.

Quasi tutte le spese di soggiorno e viaggio negli Stati Uniti, per i congressisti e le loro famiglie, verranno sostenute dalla « Federation of American Societies for Experimental Biology », che offre i dormitorî dell'Università Harvard e dell'Università Columbia, i quali sono composti di camere e di appartamenti comodi; ivi vi potranno prendere anche i pasti. Le spese da sostenere non eccederanno di molto quelle di viaggio dall'Europa in America (a Boston) e di ritorno (da New York). Questo viaggio importa una spesa non superiore a 300 doll. su bastimento di classe, e di 200 dollari in terza-turista (sulla nave « Minnekahda », appositamente commessa dal prof. A. V. Hill alla Compagnia Thos. Cook a. Son: essa parte da Londra il 9 agosto e da Boulougne il 10 agosto). L'escursione al Canadà costerà al massimo 65 doll., compresi i vagoni-letto, i pasti e le regalie.

Per le adesioni e le iscrizioni rivolgersi al più presto alla segreteria, indirizzandosi al « Congress Bureau, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, S. U. d'A. ».

Congresso Italiano di Genetica ed Eugenica.

Dal 30 settembre al 2 ottobre avrà luogo in Roma, sotto la presidenza onoraria di S. E. Benito Mussolini, il II Congresso Italiano di Genetica ed Eugenica, organizzato dalla Società Italiana di Genetica ed Eugenica, presieduta dal prof. Corrado Gini.

Sono invitati a prender parte ai lavori stessi anche scienziati stranieri, molti dei quali si troveranno in Roma a quella data, essendo il Congresso immediatamente preceduto dalla riunione annuale della Federazione Internazionale di Eugenica.

I lavori del Congresso si svolgeranno principalmente intorno ai seguenti temi, la trattazione dei quali è stata già affidata a studiosi particolarmente competenti:

Prof. Cesare Artom: « L'origine di costituzioni genetiche nuove per mutazionismo ed incrocio »; prof. Silvestro Baglioni: « Funzioni somatiche e genetiche »; prof. Marcello Boldrini: « Quantità e qualità »; prof. P. Enriques: « Ambiente ed eredità secondo le più recenti ricerche »; prof. Carlo Foà: « I fattori biologici della diminuzione delle nascite »; prof. Alessandro Chigi: « Incrocio e consanguineità in relazione alla fecondità »; prof. Corrado Gini: « Le famiglie numerose »; prof. Leone Lattes: « Gruppi sanguinei ed ereditarietà »; prof. Ernesto Pestalozza: « Sterilizzazioni coattive »; prof. G. Quagliarello: « L'influenza della nutrizione sui caratteri della prole ».

Potranno essere presentate dagli aderenti al Congresso, previa accettazione da parte della presidenza, comunicazioni sia intorno ai temi trattati dai relatori, sia su altri argomenti.

Il testo delle relazioni dovrà pervenire alla Segreteria, presso l'Istituto di Statistica e Politica Economica della R. Università, via delle Terme di Diocleziano, 10, Roma, entro il 15 luglio; quello delle comunicazioni entro il 15 agosto.

Congresso francese di dermosifilografia.

Il 4° Congresso dei dermatologi e sifilografi di lingua francese è indetto a Parigi, nell'Ospedale Saint-Louis, dal 23 al 27 luglio sotto la presidenza del prof. Sabauraud. Temi: 1) « Gli eritemi polimorfi », relatori Lortat-Jacob (Parigi) e Ramel (Losanna); 2) « I pruriti », relatori Favre e Civatte (Parigi); 3) « La malarioterapia nelle complicazioni nervose della sifilide », relatore P. Chevalier (Parigi) e Dujardin (Losanna). Non si accettano che comunicazioni relative a questi temi. La quota è di 200 franchi, ridotta a 150 per i membri dell'Associazione dei dermatologi e sifilografi di lingua francese. Avrà luogo un banchetto, con quota fissa di 80 franchi. Per le adesioni e le iscrizioni rivolgersi al tesoriere, Dr. Rabut, rue de l'Université 57, Paris; per informazioni rivolgersi al segretario generale, Dr. Clément Simon, avenue Malakoff 104, Paris (XVIe).

Altri congressi medici.

La città di Liegi, che durante la sua esposizione del 1905 aveva accolto il 1° Congresso internazionale di fisioterapia, ospiterà il 5° Congresso nel 1930. Presidente del comitato promotore e di quello organizzatore locale è il prof. Gunzburg d'Anversa; segretario generale è il dott. Dubois-Trépagne, rue Louvreux 25, Liége (Belgio).

Il I Congresso internazionale d'igiene mentale si adunerà a Washington in aprile. Per informazioni rivolgersi al dott. Toulouse, rue Cabanès 1, Parigi.

Il III Congresso odontologico latino-americano è indetto a Rio de Janeiro dal 13 al 20 luglio. Segretario generale: Paulo Cesar, Federaçao odontologica latino-americana, rua Paulo de Frontin 128, Rio de Janeiro (Brasile).

Il XVII Congresso francese d'oto-rino-laringologia è convocato a Parigi per il mese d'ottobre; segretario generale: dott. Leroux-Robert, rue Washington 36, Parigi.

Il Congresso internazionale di psicologia si adunerà dall'1 al 7 settembre a New Haven, nei locali della Scuola Medica della Università Yale; sarà diviso in 17 sezioni; lingue ufficiali saranno l'inglese, il francese, il tedesco e l'italiano. Presidente del Comitato organizzatore è il prof. Raymond Dodge, Ph. D., Yale University School of Medicine, New Haven, Conn., S. U. d'A.

Corso di perfezionamento.

Un corso accelerato di perfezionamento sulla cura delle tubercolosi osteo-articolari e ganglionari si svolgerà dal 25 al 30 marzo, nell'Ospedale Marittimo di Berck, a cura del dott. Etienne Sorel. Per informazioni rivolgersi al Dr. Delahayne, Hôpital Maritime, Berck Plage, P. de C., Francia.

L'Ospedale britannico di Parigi.

L'Ospedale Hertford, che fu costruito nel 1876, quando in Francia si contavano 10 mila inglesi, è oggi divenuto insufficiente, dacchè questo numero si è quasi decuplicato.

Durante la visita del primo ministro inglese Baldwin a Parigi, egli si recò all'Ospedale, ove il presidente dell'Istituto gli spiegò la necessità di ingrandirlo e gli sottopose i progetti.

Si metterà, ora, subito mano ai lavori.

Poliambulanza a Baltimora.

Il 5 dicembre venne inaugurata a Baltimora la nuova grandiosa poliambulanza, annessa alla Scuola Medica dell'Università Johns Hopkins. Si tratta di un edifizio vastissimo, a 8 piani, predisposto per l'esame e il trattamento giornaliero di 1200 pazienti. L'assistenza sarà gratuita per i poveri ai quali l'ambulatorio è specialmente dedicato; per le persone di modeste risorse economiche è prevista una lieve tariffa.

L'ambulatorio si deve alla Carnegie Corporation, che elargì all'uopo 2 milioni di dollari (circa 40 milioni di lire it.), di cui 1.100.000 sono stati spesi per l'edifizio e il rimanente verrà impegnato per la manutenzione.

Esso ha lo scopo di ricordare l'amicizia che univa Andrew Carnegie al primo presidente dell'Università, Daniel Court Kilman.

Per gli studi sul cancro.

Il « Journal A. M. A. » (29 dic. 1928) dà notizia di alcune fondazioni e premi per gli studi sul cancro.

Segnaliamo il « George Crocker research fund », di un milione e mezzo di dollari (30 milioni di lire it.), sotto il patronato della « Columbia University » di New York, per indagini scientifiche; i due premi William Lawrence Saunders, di 50 mila dollari (1 milione di lire it.) ciascuno, per rimedi del cancro, sotto gli auspici dell'« American Society for the Control of Cancer » (West Forty-Third Street 25, New York); il premio Sofia A. Nordhof-Jung, di 500 dollari (10.000 lire it.) annuali, da assegnare ai più importanti contributi allo studio del cancro, da parte di un Comitato composto d'insegnanti dell'Università di Monaco in Baviera; ecc.

Tutela della maternità.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato un notevole provvedimento per l'assistenza alle operaie durante i periodi di gestazione e di puerperio. Ce ne occuperemo in un prossimo numero.

Onoranze al prof. Trambusti.

Nell'aula del nuovo Istituto di Patologia Generale della R. Università di Genova si sono svolte le preannunciate onoranze al Grand'Uff. prof. A. Trambusti che compie in quest'anno il XXX anniversario d'insegnamento universitario. L'aula era gremita di studenti, di medici e di docenti della Università.

Avevano inviato la loro adesione numerosissime alte personalità italiane.

Il rettore prof. Moresco ha salutato il festeggiato ricordandone tutta l'opera data alla scienza e alla Patria, soffermandosi specialmente su quanto il festeggiato ha fatto per il rinnovamento edilizio dell'Università.

Il prof. Civio, a nome della Facoltà Medica, si è associato alle parole del Magnifico Rettore soffermandosi a ricordare con manifesta commozione i primi rapporti che egli ebbe 30 anni or sono, col festeggiato, nell'Università di Ferrara.

A nome degli amici e degli allievi ha parlato poi il prof. Mario Capocaccia, che nella sua qualità di aiuto effettivo del Maestro, gli ha offerto un volumetto commemorativo e una medaglia di oro portante inciso lo stemma della vecchia Genova, il grifone alato e unghiato di Palazzo San Giorgio.

Per gli allievi interni dell'Istituto di Patologia ha parlato lo studente Frola e per il G. U. F. lo studente Torchiana che, fra gli applausi di tutti i presenti, hanno offerto due grandi mazzi di fiori alla signora Trambusti.

A tutti ha risposto profondamente commosso il festeggiato che ha espresso la sua gioia per le feste che gli sono state fatte, la sua fede nella scuola e nei giovani, la sua certezza nell'avvenire della scienza e dell'Italia.

Dopo la commovente, sobria cerimonia è stato tenuto un banchetto all'Albergo Isotta.

Commemorazione di Malpighi.

Una « serata malpighiana » ha avuto luogo il 7 dicembre a Londra, nei locali dell'«Osler Club », in occasione del 60° compleanno dello storico della medicina prof. Max Neuburger di Vienna, la cui opera principale venne tradotta in inglese per iniziativa di Osler.

Parlarono sull'opera di Malpighi il prof. Clark e il dott. Fulton. Furono letti messaggi della Legazione austriaca a Londra e del prof. Castiglioni, membro corrispondente del club per l'Italia. Il Museo Wellcome per la storia della medicina aveva mandato il suo quadro di Malpighi.

Viaggio di studi medici in Francia.

Il 22° V. E. M. (Voyage d'Etudes Médicaux) alle stazioni francesi di cura avrà luogo durante la prima quindicina di settembre, nelle Cevenne e nelle Alpi, sotto la direzione scientifica dei proff. P. Carnot, M. Villaret e Piéry. Sarà organizzato dal Piéry, professore d'idrologia terapeutica e climatologia alla Facoltà medica di Lione. Il programma definitivo e le condizioni del viaggio saranno resi noti prossimamente.

Viaggio di studi medici in Spagna.

Il primo viaggio alle stazioni idrominerali e climatiche della Spagna (C. O. V.), sotto l'alto patronato del Re, avrà luogo alle stazioni del Nord, durante la prima quindicina di luglio, e sarà diretto dal dott. Hernando, professore di terapia alla Facoltà Medica di Madrid.

Vi sono ammessi i medici, le loro mogli e le loro figlie; il numero dei posti è limitato a 100. Prezzo complessivo 1000 franchi francesi, oppure 250 pesetas. La concentrazione si farà a San Sebastian, a 20 Km. dalla frontiera francese. Le iscrizioni si ricevono sino al 1° maggio. Rivolgersi al delegato generale Dr. M. Mañeru, Ronda del Conde Duque 4-2°, Madrid (Spagna).

S. A. la Duchessa d'Aosta infermiera.

Le recenti provvidenze legislative sulle arti ausiliarie delle professioni sanitarie hanno testè ottenuto un alto riconoscimento. S. A. R. la Duchessa di Aosta si è, infatti, degnata di chiedere, ed ha, in questi giorni, conseguito presso l'Alto Commissariato di Napoli l'attestato di autorizzazione all'esercizio dell'arte di infermiera, a norma dell'art. 2 del Regolamento 31 maggio 1928 numero 1334.

Il gesto, nobilissimo, di ossequio alle leggi dello Stato, costituisce ambito premio per le infermiere italiane che potranno ora gloriarsi di annoverare nelle loro file Colei che, durante la guerra, fu nell'assistenza ai feriti ed agli infermi, esempio fulgidissimo di ogni abnegazione.

GIOVANNI MARTINOTTI si spense in età di 71 anni circa, dopo una vita consacrata tutta a un assiduo e costante lavoro, compiuto a vantaggio della Scuola e della scienza per oltre nove lustri.

Fu apprezzato dalla universalità degli studiosi per la sua ricchissima cultura nelle discipline mediche, che traspariva dai suoi scritti e dalle sue lezioni e che era da lui sapientemente utilizzata nelle riunioni di colleghi, conquistati sempre dalla sua parola facile e fluente come l'acqua perenne di un ruscello, alla quale si dissetano e si alimentano giovani e vecchie piante.

Fu ammirato per l'entusiasmo e la persistenza nella ricerca, doti che seppe trasfondere alla sua famiglia diretta e a quella dei numerosi allievi, fecondi continuatori dell'opera scientifica del Maestro e delle virtù civili, a lui riconosciute con unanime consenso. Basta citare a questo proposito, per non parlare dei viventi, il primo dei suoi allievi Oddone Barbacci, prematuramente rapito alla Scienza e alla famiglia degli studiosi.

Ma non v'è luogo ove egli abbia svolta la sua attività, dal periodo di preparazione a quello di maturità completa, ove egli non sia ricordato come fulgido esempio per gli studiosi e per i cittadini, e Torino e Modena e Siena e Bologna rendono alla memoria di Giovanni Martinotti il tributo d'onore e d'amore che spetta agli uomini d'intelletto e di cuore.

L'opera scientifica di Martinotti merita una speciale illustrazione alla quale attenderà il sottoscritto come a un dovere, quando disporrà della collezione completa delle pubblicazioni di lui, coll'intento precipuo di additare alle giovani generazioni di studiosi i meriti del Maestro nel progresso della patologia e nei tentativi diretti alla redenzione dell'umanità da uno dei più grandi flagelli che ne fanno strazio.

Mi basta per ora accennare al complesso dell'opera di lui nel quale si rileva come caratteristica fondamentale un incessante crescendo nell'aspirazione a risolvere problemi d'interesse sempre maggiori per la scienza e per la pratica.

Dai perfezionamenti di tecnica istologica, ritenuti ancora oggi pregevoli, egli passò a divulgare i frutti della sua esperienza di casuistica anatomo-patologica e teratologica illustrando i casi singoli non comuni o gruppi di casi morbosi dei principali sistemi organici e dando così un valido aiuto all'incremento della cultura e della pratica anatomo-patologica.

Si dedicò successivamente a problemi di fisiologia patologica, riuscendo per il primo a dimostrare negli animali che l'asportazione del pancreas è compatibile con la vita, esperienza che fu guida luminosa a una serie numerosa di ricerche che condussero alla scoperta del rimedio prezioso per il diabete.

Dette anche notevoli contributi all'anatomia patologica del midollo spinale e a quella del cervello, specialmente in rapporto ad alcune malattie infettive e finalmente tentò con costanza di decenni la via che accoglie la massima tra le aspirazioni degli studiosi, la cura cioè della tubercolosi, producendo un vaccino, che suscitò speranze di vittoria nella lotta suprema, che si combatte contro uno dei peggiori nemici della salute.

Onore alla memoria di Giovanni Martinotti, devoto alla scienza e alla patria e Maestro efficacissimo di patologia.

ANTONIO DIONISI.

Il generale medico-ispettore DELORME, dell'esercito francese, venuto ora a morte, insegnò per 15 anni clinica chirurgica alla Scuola di sanità militare del Val-de-Grâce, di cui poi divenne direttore; s'interessò anche ai problemi d'epidemiologia e d'igiene degli eserciti. Prese parte alle due guerre del 1870 e del 1914-18, nell'una da poco laureato, nell'altra dopo essere già andato in ritiro. La tecnica della decorticazione polmonare nei pazienti con vaste cavità pleuriche purulente, porta il suo nome. Durante la guerra mondiale fece valere l'importanza, per le suture dei nervi, dell'avvivamento dei nervi, fino a raggiungere segmenti sani. Fu un lavoratore tenace.

R. S.

L'illustre clinico pediatra di Vienna KLEM JOHANN von PIRQUET è rimasto vittima di una sciagura unitamente alla propria consorte.

D'impiego corrente in medicina è il procedimento che da lui ha preso il nome di pirquetizzazione, per la diagnosi di tubercolosi, sovratutto nell'età infantile. La sua dottrina dell'allergia è generalmente ammessa. Il suo sistema « Nem » per l'alimentazione infantile ha destato vivo interesse. Il von Pirquet ha recato altri notevoli contributi alla medicina. Era nato nel 1874.

S.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Bull. Ac. de Méd., 22 gen. — J. RÉGNIER e al. Eserina e apparato tiroideo. — H. HAYASHI. Azione della sostanza tiroide sugli organi femminili.

Münch. Med. Woch., 25 gen. — MÜLLER. L'istinto. — ZIMMER e FEHLOW. Emoterapia del m. di Basedow. — WENDT. Vaccinoterapia della febbre ondulante da « B. abortus ».

Mediz. Klinik, 25 gen. — C. PRAUSNITZ. Infezioni umane da « B. abortus » Bang. — A. LAQUEUR e al. Inchiesta sul trattam. delle malattie reumatiche croniche.

Wien. Klin. Woch., 24 gen. — SCHWARTZ. Mononucleosi infettiva. — GIANNINI. Ipoacidità e ulcera duodenale.

Journal A. M. A., 5 gen. — G. C. BUNKER. Il cloro per la depuraz. dell'acqua. — C. A. WATERS e al. Piombo colloidale associato a raggi X nei tumori maligni. — E. L. LOWES. Guarigione delle ferite.

Studium, 20 gen. — F. BRANCACCIO. Influenza dell'ormone timico sull'ipertensione arter. e sul polso.

Endocrinology, sett.-ott. — A. W. ROWE e C. H. LAWRENCE. Le gonadi maschili e femmin.

Arch. de Med., Cir.. ecc., 26 gen. — L. B. VELÁZQUEZ. Farmacologia della tirotossina.

Tokoku Journ. exper. Med., 30 dic. — S. TAKEUCHI. Contenuto ormonico del pancreas di varie specie. — Y. KISHI. Formaz. dell'indacano.

Pediatria, 15 gen. — M. GIUFFRÈ. Relaxatio diaphragmatica congenita.

Journ. dos Clinicos, 30 dic. — O. DE SOUZA. Ipopragia costituzionale del connettivo.

Paris Méd., 26 gen. — KLEINCHNECHT e A.-P. CARVADIAS. Esploraz. funzionale del fegato con la iperbilinuremia artific. — A. SCHWARTZ. Appendicite a forma neoplasica.

Pathologica, 15 gen. — E. MORELLI. Alterazioni oculari da avitaminosi C. — M. MASSA. Deviazione del complemento nei malarici.

Folia Medica, 15 gen. — SICILIANI. Alterazioni osteo-condrali nell'avitaminosi (vitasterina E).

Giorn. di Cl. Med., 20 gen. — P. FIASCHI. Tbc. primitiva del m. gran pettorale. — G. ROI. Importanza della vitamina B per gli organismi in via d'evoluzione.

Minerva Med., 27 gen. — G. B. ANDO-GIANOTTI. Le « ombre » negli essudati pleurici.

Giorn. di Batteriol. e Immunol., gen. — P. OCCHIONI. Flora microbica dell'escreato bronchiale degli asmatici. — A. TROSSARELLI. Flora batterica intestin. dei malati di mente.

Bull. Méd., 23-26 gen. — Numero di oto-rino-laringol.

Paris Méd., 26 gen. — L. TAURET. Ergosterina irradiata e vitamina D antirachitica.

Rev. Méd. de Barcelona, dic. — J. M. VILARDELL. Operaz. di Robertson-Lavalle — C. XALABARDER e E. ALEGRET. Chemioterapia speriment. della tbc.

Arch. d. Mal. de l'App. Digestif ecc., dic. — C. BONORINO UDAONDO. Il problema eziologico delle coliti ulcerose croniche.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVI — Roma, 18 Marzo 1929 — Num. 11

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI PATOLOGIA MEDICA DELLA R. UN. DI PADOVA
diretto dal Prof. G. A. PARI.

La braditasia e la cinesi transitoria nel parkinsonismo postencefalitico

per il dott. I. SACCHETTO, aiuto e lib. docente.

Si considerano quali caratteristiche fondamentali dei disturbi della motilità volontaria nella sindrome parkinsoniana postencefalitica: *a*) la lentezza con la quale viene eseguito il movimento volontario, per cui la sua maggiore efficienza è raggiunta con un notevole ritardo rispetto alla norma; *b*) il difetto di spontaneità dell'iniziativa motrice dalla quale dipende un certo ritardo dell'inizio del movimento.

Mentre la prima dà l'impressione di un grado più o meno intenso di abulìa, la seconda sembra rappresentare quasi una sorta di amnesia dei movimenti degli arti. L'una e l'altra portano insieme a quella particolare e caratteristica lentezza nella esecuzione dei movimenti volontari che con felice espressione il Goldflam denominò braditasia (lentezza della contrazione), fenomeno che, come giustamente rilevava F. Negro in una recente monografia sulla malattia di Parkinson e sulle sindromi parkinsoniane, non deve essere confusa con la bradicinesi, cioè con quella serie di fenomeni eccitomotori non infrequenti nel parkinsonismo post-encefalitico, come in altre sindromi distoniche lenticulo-striate, consistenti in quei movimenti involontari lenti, ritmici ed ampii, circoscritti o diffusi che il Krebs vorrebbe assimilare ai cosidetti spasmi di torsione.

Vedremo più innanzi i motivi invocati a interpretare la braditasia parkinsoniana. Quello su cui intendo per ora di soffermarmi è il fatto che non sempre i movimenti dei parkinsoniani postencefalitici vengono eseguiti con un vero e proprio ritardo.

Ciò mi fu manifesto anche il giorno nel quale, percorrendo una corsia del riparto clinico dell'Istituto, ebbi occasione di vedere un parkinsoniano metaencefalitico afferrare di volo un oggetto lanciatogli per gioco da un vicino di letto, con una lestezza e una misura per nulla inferiori a quelle dimostrate da costui al quale l'oggetto fu tosto, sebbene con minore precisione, dal parkinsoniano rilanciato.

Complessivamente si aveva l'impressione che il gioco dei muscoli protagonisti e antagonisti, del tutto libero all'inizio, così da consentire quella serie di movimenti tutt'altro che semplice del-

l'afferrare un oggetto di volo, solamente in seguito venisse ad incepparsi, derivandone nella ulteriore prosecuzione del complesso motorio volontario quella serie di atti non più bene adatti allo scopo, tardi e titubanti, che costituiscono la vera e propria braditasia.

Non dico che m'abbia sorpreso il fatto in sè. La possibilità di vedere tali soggetti, colpiti da ipertonia muscolare extrapiramidale, che da tempo camminano con lentezza, con difficoltà e che presentano anche talvolta un mutismo quasi assoluto, riprendere d'un tratto le loro energie fisiche e mentali e compiere atti dei quali si sarebbero supposti incapaci come a correre, a ballare, a parlare in fretta, per ricadere più tardi nel primitivo stato di immobilità e di mutismo, è nota da tempo. Il Tilney che ne riferì per la prima volta nel 1911 chiamò tale fenomenologia progressione metadromica, il Souques cinesi paradossa e gli autori italiani che in buon numero se ne occuparono più propriamente la dissero cinesi transitoria (Pellacani, Masci, Abbruzzetti, Silvestri, Salmon ecc.). E noto è pure il fatto che a determinarla valgono solo stimoli emotivi di una certa intensità e in ogni caso capaci di interessare il malato.

Quello che piuttosto mi sorprese fu d'essere riuscito in tal modo a constatare la momentanea sparizione della braditasia in un individuo nel quale ripetuti tentativi esperiti per provocarla con movimenti emozionali di vario genere erano riusciti del tutto vani così da doversi conchiudere per l'assenza in tale soggetto di qualsiasi manifestazione di cinesi transitoria. I pareri dei varii autori sulla frequenza di tali manifestazioni sono d'altronde anche oggi tutt'altro che concordi: mentre v'è chi le crede piuttosto rare, altri opina che solo in pochissimi casi facciano difetto e precisamente in quelli dove la rigidità muscolare ha raggiunto un alto grado. E tale era infatti il caso di quel malato nel quale il processo encefalitico primario datava da parecchi anni e l'ipertonia cospicua assai. Ed ecco invece, come a volte succede, intervenire il caso a dimostrare che anche in tali soggetti che dopo lunga osservazione non davano segni di cinesi transitoria, questa non è affatto scomparsa e si può pur sempre mettere in rilievo con un mezzo tra i più semplici. E difatti in altri malati pure fortemente ipertonici, ripetuta la prova come era stata casualmente osservata, essa si comportò nella stessa guisa che nel primo malato.

Che la manifestazione in discorso debba realmente concepirsi come espressione di vera e propria cinesi transitoria, mi pare indubitabile e provato, oltre che dal suo presentarsi in seguito ad uno stimolo improvviso ed emozionale quale il lancio inaspettato dell'oggetto, anche e sopratutto dall'essersi osservato che i successivi tentativi di riprodurla valsero ancora solo per poche volte poichè, in seguito, l'atto svolto dal malato per afferrare di volo l'oggetto lanciato finiva col perdere la primitiva sveltezza e non raggiungeva piu alla fine il suo intento. Verosimilmente con la ripetizione della prova venendo ad annullarsi il fattore psichico-emozionale della sorpresa, nell'estrinsecazione di quel gesto finiva ancora a prevalere l'abituale braditasia. Non v'ha quindi dubbio che si era così raggiunta la prova della possibilità di rendere manifesta in maniera molto semplice la cinesi transitoria anche in soggetti nei quali poteva ritenersi affatto perduta.

***

Ora, mentre questa particolare manifestazione dell'attività motrice costituisce uno tra i più importanti caratteri differenziali tra la sindrome di ipertonia extrapiramidale e quelle, pure ipertoniche, ma condizionate a lesioni delle vie corticospinali, mi sembra che il suo rilievo non sia senza interesse per rendersi ragione di quella braditasia che è tanta parte della sindrome parkinsoniana.

È noto come la maggior parte degli autori faccia risalire la braditasia a varii fattori e precisamente:

a) alla rigidità del sarcoplasma, vale a dire ad una abnorme ipertonicità della sostanza isotropa dei muscoli striati tendente ad ostacolare l'attività delle miofibrille e che, per essere in egual misura ripartita nei gruppi muscolari agonisti ed antagonisti, finirebbe con l'opporsi alla pronta e libera estrinsecazione dell'atto volontario;

b) a perturbamenti della normale sinergia tra i muscoli protagonisti e quelli antagonisti, provocati dalla deficiente azione inibitrice che i centri mesocefalici esercitano nelle condizioni fisiologiche specialmente mediante le loro proiezioni sul nucleo rosso: ne verrebbe da ciò, da una parte che all'atto della contrazione di un muscolo l'azione frenatrice dell'antagonista svolgentesi simultaneamente ma più intensamente che di norma la interferisce nei riguardi dell'estensione e del tempo della sua esecuzione (Duchenne, Beaunis), e dall'altra parte che riuscendo il protagonista con la sua contrazione ad effettuare un movimento, per esempio lo spostamento d'un arto, ne consegue una contrazione anche da parte dell'antagonista, contrazione opponentesi alla misurata prosecuzione del movimento stesso (Babinski e Jarkowski);

c) all'influenza di particolari condizioni psichiche che, mentre s'appalesano con la perdita dell'emotività e dell'affettività, sono altresì causa in tali soggetti della mancanza di qualsiasi personale iniziativa. Per quanto riguarda i fattori responsabili di tali disturbi psichici, le opinioni

dei varii autori sono divise e cioè: quelli che localizzano il centro principale del tono affettivo ed emozionale nella sostanza grigia della base fanno risalire tali disordini alle stesse lesioni striate e nigro-striate invocate a causa dell'ipertonia muscolare; quelli che ritengono avere invece i gangli centrali solo la funzione di coordinatori dell'espressione emotiva e non già quella di veri centri del tono emotivo — cui riservano piuttosto la sede nella corteccia cerebrale — imputano i disordini psichico-emotivi a quelle affezioni corticali che sogliono riscontrarsi con tanta frequenza all'autopsia di tali malati venuti a morte.

Se ora vogliamo mettere in rapporto con tali fattori il particolare fenomeno motorio dianzi descritto e che rappresenta per noi, come dicemmo, una manifestazione di cinesi transitoria, anzi l'unica sua espressione evidente nei nostri ammalati, ci sembra lecito trarne alcune non inutili considerazioni sulla braditasia e sulla sua temporanea sparizione.

E in primo luogo osserviamo: è possibile vedere in codesta braditasia, come da taluno si pretende, unicamente l'espressione di uno stato di rigidità della sostanza muscolare isotropa? Valgono contro tale concetto due considerazioni e cioè: prima, che mentre la rigidità sarcoplasmatica è presente in tutte le sindromi distoniche extrapiramidali, la braditasia che è, si può dire, la regola in quella amiostatica postencefalitica, può totalmente mancare in altre forme extrapiramidali anche con ipertonia muscolare d'alto grado; seconda, che, come ebbe già a rilevare l'Hesnard, la braditasia del postencefalitico non si accompagna sempre e necessariamente a rigidità muscolare. Intendiamoci: non si pretende di negare con ciò tutta l'importanza della rigidità sarcoplasmatica nella genesi delle sindromi amiostatiche, per la quale parla una ricca serie di elementi accuratamente raccolti, severamente ponderati e sperimentalmente provati; ma altro è ritenere tale stato di rigidità un fattore, e tra i più importanti, d'ipertonia ed altro è volerlo considerare quale causa diretta e tanto meno unica della braditasia.

Meglio invece questa s'accorda con quei perturbamenti di sinergia tra muscoli agonisti ed antagonisti che sono tanta parte della fenomenologia motoria delle sindromi amiostatiche. Ma se tali perturbamenti hanno, come si vuole, una innegabile importanza nella genesi dei fenomeni braditasici, come può concepirsi il fatto che questi possano, a volte e sia pure per poco, totalmente sparire?

Ecco il punto fondamentale della questione che interessa chiarire. Esiste nella sindrome parkinsoniana postencefalitica un altro elemento al quale possa riferirsi da un lato la proprietà di sovrapporsi allo stato d'ipertonia creato dalla rigidità miofibrillare e sarcoplasmatica muscolare nonchè a tutta quella serie di perturbamenti della fisiologica sinergia dei varii gruppi muscolari costituenti il terreno favorevole per lo svolgersi della braditasia, elemento che possa d'altro canto, in determinate circostanze, dileguarsi temporaneamente permettendo così la sparizione della braditasia e il manifestarsi dei noti fenomeni di cinesi transitoria?

Sì certamente: e tale elemento è identificabile, a nostro avviso, proprio in quel particolare stato psichico del postencefalitico sul quale il Salmon qualche anno fa richiamava giustamente l'attenzione degli studiosi, quello stato di deficit psicoaffettivo che con appropriate argomentazioni egli reputava secondario ad alterazioni anatomiche e funzionali dei centri corticali e che ripercuotendosi sui fenomeni di rigidità muscolare li aggrava notevolmente determinando il carattere braditasico dell'attività motrice volontaria.

Tenuto conto di ciò bene si comprendono allora anche i fenomeni di cinesi transitoria che si possono sorprendere in tali malati, fenomeni che possono solo originarsi in seguito a stimoli psicoemotivi di un certo interesse per il malato e che si estrinsecano con atti quasi spontanei e irriflessivi che nulla più tengono del carattere braditasico perchè lo stimolo emozionale è riuscito per un momento ad abolire quello stato di torpore psico-affettivo che riflettendosi sulle manifestazioni di rigidità le accentuava e le aggravava.

Il modo col quale si è rivelato l'atto di cinesi transitoria nei nostri malati in preda ad ipertonia d'alto grado e il fatto che esso è venuto a mancare quando con prove successive si è tolto allo stimolo il carattere psico-emotivo della sorpresa, ci sembrano bene confermare la concezione sopra riferita sull'importanza dei fenomeni psichici nella genesi della braditasia e della sua temporanea scomparsa nel parkinsonismo postencefalitico.

NOTE E CONTRIBUTI.

Correzione del cateterismo bilaterale degli ureteri, quando parte dell'urina è filtrata in vescica

Dott. RICCARDO SABATUCCI
Chirurgo urologo dell'Istituto Fisioterapico
di S. Gallicano in Roma.

L'argomento è senza importanza, se al cateterismo bilaterale si domanda solo un prelevamento di campioni allo scopo di studiarne le caratteristiche isto-batteriologiche e le concentrazioni fortuite. Questo metodo, di cui ancora si contentano alcuni chirurgi, ha effettivamente grande valore comparativo, e può bastare, oltrechè ad accertare l'esistenza dei due reni, anche a localizzare la lesione e a stabilirne la natura; ma ha ben poco valore assoluto e non permette di dare un giudizio sul valore funzionale dei reni; e ciò è di somma importanza nel caso speciale della nefrectomia in cui occorre accertarsi che il rene superstite sia sano e sufficiente a mantenere la vita.

Senza volere in questo articolo nemmeno sfiorare il grave argomento dello studio della funzione renale (ne parleremo in un articolo prossimo) ci limitiamo a dire che il cateterismo bilaterale ci può fornire dati molto più importanti, se, invece di limitarci ad un breve prelevamento di campioni durante un tempo corto od indeterminato, prolunghiamo l'esperienza per un tempo più lungo e ben noto, per es., un'ora o due; per cui, conoscendo *esattamente* il tempo, misurando con scrupolo la quantità di urina prelevata, e determinando rigorosamente la sua concentrazione in urea e cloruri, sia possibile stabilire anche la quantità di sostanze effettivamente eliminate durante tutta la durata del prelevamento; ciò che i francesi chiamano il Débit.

Le ricerche di Albarran hanno in proposito stabilito che un rene sano deve eliminare di urea in 2 ore:

gr. 0,70-1 nella donna
gr. 1,20-1,80 nell'uomo

cioè, all'ingrosso, circa 1 gr. in due ore per ognuno dei due reni: un po' meno nella donna, un po' più nell'uomo. Se un rene presenta cifre inferiori, si tende perciò a ritenerlo insufficiente e cattivo e incapace da solo a mantenere la vita: se la cifra è superiore, si tende ad ammettere un ottimo funzionamento ed anche un'ipertrofia compensatrice.

Volendo in questo articolo occuparci solo di un piccolo problema tecnico, non ci addentriamo nello studio delle eccezioni non troppo rare alla regola suddetta, ed entriamo subito in argomento.

Fatto il cateterismo bilaterale, preferibilmente con sonde un po' grosse, ed estratto il cistoscopio, si applica una terza sonda vescicale, colla quale si vuota *completamente* l'acqua contenuta in vescica, e, quando si è certi che tutto funziona regolarmente, si applicano tre recipienti alle tre sonde, cercando di non perdere nemmeno una goccia di urina, e si segna il tempo. L'esperienza deve durare abbastanza a lungo per avere quantità sufficienti di urina: se è possibile, due ore: e, ogni mezz'ora, si cambieranno simultaneamente i tre recipienti, frazionando così i prelevamenti.

Ora, possono darsi due casi: o la sonda vescicale non dà nulla: e ciò sarà la prova che tutte le urine renali scorrono entro le due sonde ureterali, e, con ciò, il problema della divisione delle urine è risolto; o la sonda vescicale fornisce urina: e ciò proverà che, o da uno, o da entrambi i lati, parte dell'urina è filtrata in vescica passando fra la sonda e l'uretere: il problema in tal caso è da risolvere, e bisognerà cercare il mezzo di attribuire l'urina filtrata all'uno o all'altro rene, in modo di poterla sommare a quella venuta direttamente dalle sonde ureterali, e così stabilire i due *débits* reali.

Ora, lo studio delle concentrazioni delle tre porzioni di urina e quello dei tre volumi, permette, con un calcolo elementare, di risolvere il problema. Di questo argomento si occupò lo Chabanier nella seduta del 21 febbraio 927 della Società Francese di urologia: e la sua comunicazione suscitò animata discussione, il che dimostrò l'interesse della medesima.

Prima di passare ad esporre i calcoli proposti dallo Chabanier, vogliamo fare alcune considerazioni generali:

— Se la quantità di urina filtrata in vescica è piccolissima in confronto di quella venuta dalle sonde, è inutile ogni correzione, ben poco venendone alterato il risultato finale.

— Se la concentrazione delle urine di provenienza vescicale è inferiore alla più bassa delle concentrazioni delle urine di provenienza dalle due sonde ureterali, è molto probabile che in vescica sia rimasta in principio della prova un po' dell'acqua di riempimento.

— Se la concentrazione dell'urina vescicale è identica a quella di uno dei due reni, e molto diversa da quella dell'altro, è inutile fare calcoli, e l'urina vescicale verrà senz'altro attribuita al lato che offre la stessa concentrazione.

— Se l'urina vescicale offrisse una concentrazione superiore a quella delle urine renali, bisognerebbe pensare alla possibilità di un terzo rene: questa possibilità di un terzo rene va sempre tenuta presente, anche nei casi in cui la concentrazione delle urine vescicali è intermedia alle concentrazioni di quelle ottenute dai reni:

fortunatamente questo caso è molto raro, e sarebbe sempre a vantaggio del malato da nefrectomizzare.

— Tutta la ricerca suppone poi che la concentrazione urinaria di ciascuno dei due reni varii poco durante la prova: da questo punto di vista sarebbe preferibile una durata breve (20-30 minuti) ad una durata di 1-2 ore; in 20-30 minuti le concentrazioni variano infatti in maniera trascurabile: donde la necessità, in caso di prelevamenti più lunghi, di frazionare le raccolte e di determinare le concentrazioni delle singole frazioni: se in una frazione si trovasse una concentrazione molto più bassa, e se, per combinazione, proprio in questo periodo, e solo in questo, fosse avvenuta la filtrazione, si potrebbe avere in vescica una concentrazione molto più bassa di quella fornita dai reni: e quindi attribuire ad acqua rimasta in vescica la bassa concentrazione vescicale.

Come si vede, il problema è complesso, e molte possono essere le cause d'errore; e forse, nei casi dubbi, è preferibile ripetere il cateterismo con sonde più grosse. Ma in casi speciali in cui ciò sia difficile o anche impossibile, i calcoli proposti dallo Chabanier possono rendere grandi servigi, e ci sembra valga la pena di ricordarli ed esporli dettagliatamente.

Per maggiore facilità di esposizione, ci varremo di un esempio pratico, ed infine daremo le formule finali che permetteranno di risparmiare i calcoli.

Supponiamo che una prova abbia fornito i dati seguenti:

	Rene destro	Vescica	Rene sinistro
Volume di urina in litri	0,030	0,015	0,060
Concentrazione ureica p. 1000	20	16	10
Débit ureico in gr. (Volume × Concentr.)	0,60	0,24	0,60

Il volume di urine 0,015 che è venuto dalla sonda vescicale, rappresenta la somma delle urine x provenienti dal rene destro, e delle urine y provenienti dal rene sinistro. Si potrà quindi scrivere:

$$x + y = 0{,}015$$

Inoltre, la quantità di urea contenuta nelle urine vescicali (Débit vescicale) nel nostro caso di gr. 0,24, rappresenta la somma dei due débits forniti dai due volumi x ed y; e siccome il débit è uguale alla concentrazione moltiplicata pel volume, nel nostro caso la quantità di urea portata da x sarà x × Conc. destra, ossia x × 20 ossia 20 x; e la quantità di urea portata da y sarà y × conc. sinistra, ossia y × 10, ossia 10 y. Donde si potrà scrivere:

$$20\,x + 10\,y = 0{,}24$$

Si sono così stabilite due equazioni a due incognite:

$$x + y = 0{,}015 \qquad (\alpha)$$
$$20x + 10y = 0{,}24 \qquad (\beta)$$

la cui soluzione, con un calcolo elementare ci fornirà i valori di x e di y.

Dalla equazione α possiamo ricavare il valore di x:

$$x = 0{,}015 - y$$

portando questo valore nella equazione β si avrà:

$$20\ (0{,}015 - y) + 10y = 0{,}24$$

aprendo la parentesi:

$$0{,}30 - 20y + 10y = 0{,}24$$

donde:

$$-20y + 10y = -0{,}30 + 0{,}24$$

e cambiando i segni:

$$20y - 10y = 0{,}30 - 0{,}24$$

donde:

$$10y = 0{,}06$$

$$y = \frac{0{,}06}{10}$$

$$y = 0{,}006$$

Riportando questo valore di y nell'equazione α:

$$x + y = 0{,}015$$

si avrà:

$$x + 0{,}006 = 0{,}015$$

donde:

$$x = 0{,}015 - 0{,}006$$

ossia:

$$x = 0{,}009$$

Abbiamo dunque risolto il problema, e con questi valori di x e di y, il cateterismo diviene:

	R.D	R.S
Vol.	0,030 + 0,009	0,060 + 0,006
Conc.	20	10
Déb.	0,60 + 0,18	0,60 + 0,06
	ossia:	
Vol.	0,039	0,066
Conc.	20	10
Déb.	0,78	0,66

Con questo calcolo molto semplice, siamo riusciti ad attribuire a ciascuno dei due reni la parte loro spettante dell'urina filtrata in vescica. Il calcolo, ripetiamo, è veramente elementare, ed anche chi ha poca confidenza colle matematiche, è in grado di risolverlo. In ogni modo, per rendere il compito più facile riportiamo due formule finali, colle quali, mediante

una semplice sostituzione di numeri ai simboli, si potranno determinare, senza calcoli, i valori di x e di y. In queste formule, i simboli hanno il significato convenzionale seguente:

x = quantità di urina espressa in litri, filtrata lungo l'uretere destro (incognita da determinare);

y = quantità di urina filtrata lungo l'uretere sinistro (incognita da determinare).

Vv = Volume di urina ottenuto dalla sonda vescicale.

Dv = Quantità di urea contenuta nell'urina vescicale.

Cd = Concentrazione ureica:1000 dell'urina ottenuta dalla sonda ureterale destra.

Cs = Concentrazione ureica:1000 dell'urina ottenuta dalla sonda ureterale sinistra.

Le formule sono queste:

$$y = \frac{Dv - Vv\,Cd}{Cs - Cd} \qquad \text{(I}$$

$$x = Vv - y \qquad \text{(II}$$

Riportando in queste formule i dati dell'esempio surriferito, avremo:

$$y = \frac{0{,}24 - 0{,}015 \times 20}{10 - 20}$$

$$y = \frac{0{,}24 - 0{,}30}{-10}$$

$$y = \frac{-0{,}06}{-10}$$

$$y = 0{,}006$$

donde:

$$x = 0{,}015 - 0{,}006$$
$$x = 0{,}009$$

ossia per le due incognite, si hanno gli stessi valori determinati col calcolo algebrico.

***

Senza riferire le discussioni che questo artificio matematico proposto dalla scuola del Legueu suscitò alla Società Francese di Urologia, nè il dibattito che ne sorse fra lo Chabanier ed il Marion, preferiamo accennare ad una questione di indole generale, ossia alle cause d'errore che possono infirmare gravemente il giudizio sulla funzionalità renale basato sulla comparazione dei débits bruti forniti dai due reni. Non è raro il caso che il rene malato, e quindi di funzionalità inferiore, fornisca un débit più alto di quello sano. Entriamo con ciò nella questione dei così detti falsi débits, già segnalati da Albarran nel 1905 (Exploration des fonctions rénales). Egli osservò che il fatto si verificava nel 26 % dei casi; ed ognuno che si occupi di queste ricerche ha osservato numerosi casi simili. Il fatto che sembra paradossale, trova la sua spiegazione in un fenomeno già bene studiato da Albarran (loc. cit. pag. 413): quando un rene segrega acqua in quantità maggiore del normale, ossia si fa poliurico, si osserva un fatto strano a prima vista, e cioè: la concentrazione dell'urea nell'urina si abbassa, man mano che il volume urinario aumenta: e ciò è perfettamente naturale; ma intanto, ed ecco il fatto imprevisto, la quantità totale dell'urea eliminata aumenta. In altri termini, sotto l'influenza di una variazione di volume urinario variano anche la concentrazione e l'eliminazione (débit) dell'urea, ma variano in senso inverso: così, se il volume urinario cresce, la concentrazione diminuisce, ma il débit aumenta. Ambard ha più tardi stabilito colle sue famose leggi, i rapporti esatti di queste variazioni.

Ora, è frequente (50 % dei casi) vedere il rene malato in attività poliurica (Albarran, loc. cit. pag. 364) donde si deduce che frequente è anche il caso, se la poliuria è notevole, che il débit ureico del rene malato diventi superiore a quello del rene sano, costituendo ciò che si è convenuto chiamare falso débit. Sembrerebbe, dopo ciò, che ogni giudizio basato sulla comparazione delle eliminazioni ureiche dovesse rischiare di essere errato: senonchè recenti studi permettono di evitare l'errore, ricalcolando (Papin) i débits da confrontare, come se essi fossero stati eliminati non a concentrazione variabile ma a concentrazione fissa: es. al 25:1000. Questo calcolo ci è permesso dalla 2ª legge di Ambard, e può farsi agevolmente utilizzando la formula seguente:

$$D \text{ al } 25{:}1000 = D \times \sqrt{\frac{C}{25}}$$

Riprendendo le cifre dell'esempio, abbiamo i due débits bruti

	R.D	R.S
D	0,78	0,66
C	20	10

che ricondotti al 25:1000 mediante la formula suddetta, daranno:

R. D.
$$0{,}78 \times \frac{\sqrt{20}}{5}$$
$$0{,}78 \times \frac{4{,}47}{5}$$
$$0{,}78 \times 0{,}894$$
$$0{,}70$$

R. S.
$$0{,}66 \times \frac{\sqrt{10}}{5}$$
$$0{,}66 \times \frac{3{,}16}{5}$$
$$0{,}66 \times 0{,}632$$
$$0{,}42$$

Ora, sono queste cifre di 0,70 e 0,42 che rappresentano i débits ricalcolati come lo permette la 2ª legge di Ambard che dovranno essere messi a fronte per giudicare comparativamente il valore funzionale dei due reni, evitando così l'errore possibile per l'esistenza eventuale di un falso débit.

Concludiamo ripetendo che scopo della presente nota è solo quello di ricordare la via da seguire per la risoluzione di un problema tecnico, del quale già, prima dello Chabanier si erano occupati il Puyos (Soc. Franç. Urol. 3 aprile 922) ed anche in Italia il nostro Pirondini; e che non intendiamo affatto assegnare ai valori ottenuti dal cateterismo bilaterale, un'importanza assoluta sulla soluzione del grave problema della funzionalità renale.

Certo, il cateterismo dell'uretere rappresenta una delle maggiori conquiste dell'urologia, e i dati da esso forniti, sono, e rimarranno elementi fondamentali di giudizio: ma non bisogna dimenticare che la determinazione del valore funzionale di un rene destinato a rimanere solo dopo una nefrectomia, è essenzialmente un problema clinico, la cui soluzione spetta non ad una sola ricerca sperimentale, ma alla concordanza di molte di esse, e soprattutto all'intuito ed al buon senso clinico del chirurgo.

QUESTIONI DEL GIORNO.

La vaccinazione antitubercolare col B. C. G. e le deliberazioni del Comitato d'Igiene della Società delle Nazioni.

Nota del Prof. ALBERTO ASCOLI

Direttore dell'Istituto Vaccinogeno Antitubercolare di Milano.

Il Comitato d'Igiene della Lega delle Nazioni, per l'importanza ognor crescente che ha assunta la vaccinazione antitubercolare con bacilli vivi, grazie al B. C. G. razza di bacilli tubercolari attenuati di tipo bovino, è stato sospinto a indire nell'ottobre scorso una riunione di esperti, composta di batteriologi umani e veterinari e di clinici, presso l'Istituto Pasteur di Parigi. Degli esperti intervenuti per invito del Comitato d'Igiene della Società delle Nazioni sei erano Clinici: Léon Bernard (Francia), Heimbeck (Norvegia), Nobel (Austria), Ronzoni (Italia), Sayez (Spagna), Schlossmann (Germania); otto erano batteriologi umani: Kraus (Austria), Madsen (Danimarca); Neufeld (Germania), Tsekhnovitzer (Ucraina); e veterinari: Ascoli (Italia), Berger (Olanda), Nowack (Polonia), Vallée (Francia). Non era arrivato l'esperto che si attendeva dagli Stati Uniti d'America, ma in compenso potè essere presentata una relazione assai importante della commissione canadese.

La seduta inaugurale fu presieduta dal professore Roux, direttore dell'Istituto Pasteur, che con sobrie parole diede il benvenuto agli intervenuti e tracciò il programma dei lavori che si dovevano svolgere.

L'argomento principale dell'innocuità del B. C. G. fu poi subito affrontato dai batteriologi umani e veterinari, invitati a discuterlo insieme, sotto la presidenza del professore Bordet. Già in questa prima seduta il pediatra viennese Nobel, intervenuto in sostituzione del suo maestro von Pirquet potè, grazie alla precedenza data agli oppositori, svolgere la sua tesi che il B. C. G. può dare la tubercolosi, non condivisa però da nessuno degli esperti batteriologi, quantunque egli cercasse di puntellarla facendo presente nel corso della discussione che lo stesso Kraus vi aveva dato lo spunto con i suoi rilievi sull'azione tubercoligena del B. C. G. Ma il Kraus che si trovava tra gli esperti si schermì dalla chiamata in causa precisando il carattere benigno delle lesioni da lui osservate documentato dalla loro scomparsa dopo un certo tempo a differenza delle lesioni tubercolari vere e proprie con tendenza alla progressione e alla generalizzazione. Il piccante contrasto tra i due esperti viennesi era del resto apparso insanabile fin dal primo momento, quando all'affermazione delle proprietà tubercolosigene del B. C. G. da parte del Nobel il Kraus aveva contrapposto la negazione di qualsiasi azione nosogena nello stesso B. C. G., negazione che poteva sembrare contrastante coll'allarme dato a suo tempo dal Kraus e rievocato ad arte dal Nobel. Il Bordet, che dirigeva la discussione con impeccabile ordine ed obiettività, fu molto esplicito quando additò l'errore in cui era incorso il Nobel interpretando come azione tubercolosigena il potere tubercoligeno dello stipite di B. C. G. ricuperato dalle lesioni determinate dal B. C. G. e da lui ritenute di natura tubercolare.

La capacità tubercolosigena scartata da tutti gli esperti batteriologi parve per un momento che trovasse nuova esca nelle ricerche del Petroff che dopo essere riuscito a distinguere nel B. C. G. due specie di colonie *r* e *s* sosteneva che queste ultime determinano una tubercolosi generalizzata: senonchè le sue osservazioni riconosciute esatte dallo Tsekhnovitzer e dal Kraus per ciò che riguarda la differenziazione dei due tipi di colonie, non poterono essere confermate nè da questi autori nè da altri (p. es. dal Vallée, dal Neufeld, direttore dell'Istituto Roberto Koch, ecc.) per l'altra

parte, cioè nei riguardi della proprietà di dare la tubercolosi generalizzata, che il Petroff asseriva di aver trovato in uno dei due tipi di colonie, a proposito del quale invece prevalse negli intervenuti il convincimento che si trattasse, in seguito ad un grave errore plausibile in un dilettante (il Petroff infatti non è batteriologo di professione) anzichè di una varietà del B. C. G., di un inquinamento delle culture in terreno liquido con un bacillo di tipo umano. Dal vivace dibattito accesosi a questo proposito, tra il Petroff intervenuto a difendere i propri studi, da una parte, e gli esperti che li avevano ripetuti senza poterli confermare nel punto più importante, non fu però menomamente scossa la intima persuasione dei batteriologi circa la inettitudine del B. C. G. a dare la tubercolosi malattia che traeva le sue ben profonde radici dalle ricerche cui ciascuno di essi aveva atteso per anni.

La innocuità del B. C. G. fu perciò all'unanimità sanzionata nei termini seguenti, che qui si trascrivono letteralmente.

La prima questione trattata è stata quella dell'innocuità del B. C. G. L'unanimità dei batteriologi presenti alla Commissione stimano che i risultati sperimentali autorizzano a concludere che il B. C. G. costituisce un vaccino inoffensivo (Ascoli, Berger, Bordet, Cantacuzène, Frenkel, Gerlach, Kraus, Neufeld, Nowak, Remlinger, Tsekhnovitzer, Vallée, Zeller). Tuttavia, il sig. Nobel sostiene che in condizioni eccezionali, il B. C. G. è suscettibile di sviluppare negli animali di laboratorio una tubercolosi mortale.

La Commissione stima che, dall'insieme dei fatti sperimentali pubblicati, relativi agli animali di laboratorio, risulta nel modo più assoluto, che il B. C. G. non produce la tubercolosi evolutiva (tubercolosi progressiva).

L'unanime riconoscimento che il B. C. G. costituisce un vaccino innocuo rappresenta veramente un avvenimento di grande importanza ove si consideri anche la speciale competenza che nel tema discusso avevano alcuni esperti come il Vallée e il Nowak, profondi conoscitori da un quarto di secolo del problema della vaccinazione antitubercolare, e l'autorità che altri godono nelle discipline immunitarie ad es. il Bordet Direttore dell'Istituto Pasteur del Brabant, il Kraus e il Madsen direttori degli Istituti Sieroterapici Statali dell'Austria e della Danimarca. Fra gli esperti vi fu sì, come abbiamo visto, chi si opponeva a tale sanzione, ma l'unanimità potè essere raggiunta perchè da parte di un esperto germanico fu fatto notare che l'unico oppositore tra gli esperti, il Nobel, non era un batteriologo ma un clinico il quale non aveva voce in capitolo di sottocommissione batteriologica. Tale eccezione che per esser stata sollevata da un esperto germanico della sottocommissione clinica, appariva insospettabile di parzialità, oltre ad assicurare l'unanimità nel responso della sottocommissione batteriologica, sollecitato per poter procedere innanzi nei propri lavori dalla sottocommissione clinica, veniva a mettere ancora in maggiore luce la circostanza singolare, che la tesi dell'azione tubercolosigena messa al bando dai microbiologi qualificati, non trova più credito che presso i clinici, come il Nobel e il suo maestro von Pirguet, e il Petroff che non è un biologo ma un filosofo. Ed è appunto per evitare simili opposizioni fondate su falsi presupposti che gli esperti, dopo aver stabilito in modo inequivocabile che il B. C. G. non dà mai una tubercolosi progressiva, hanno fissato i metodi da seguire nello studio dei vari problemi riguardanti il B. C. G.: così al numero due per incarico avuto dalla sottocommissione batteriologica, Bordet e lo scrivente hanno precisato come si deve procedere allo studio dei ceppi del B. C. G. passati attraverso l'organismo, al numero quattro Kraus, Neufeld e Tsekhnovitzer hanno indicato le modalità per la identificazione microbiologica dei due tipi di colonie osservate dal Petroff.

Le risoluzioni adottate dai batteriologi se sono state esplicite nel proclamare l'innocuità del B. C. G. e nell'additare la via maestra da seguire nel suo studio batteriologico, per il secondo problema, quello della azione immunizzante, sono state conclusive solo nella parte veterinaria. La sottocommissione veterinaria infatti, oltre all'innocuità assoluta ha riconosciuto alla vaccinazione sottocutanea dei bovini col metodo di Calmette un notevole potere immunizzante e ha dettato i protocolli secondo i quali si dovranno eseguire gli esperimenti di vaccinazione sui bovini. Trascriviamo quì integralmente le conclusioni della sottocommissione veterinaria.

Prima risoluzione: *Risulta dall'insieme dei fatti sperimentali raccolti e dal parere unanime degli esperti che hanno adottato il B. C. G. sui bovini, che la vaccinazione secondo la tecnica di Calmette e Guérin sugli animali della specie bovina, si dimostra di una innocuità perfetta.*

Seconda risoluzione: *Gli stessi dati sperimentali e le osservazioni raccolte nella pratica del B. C. G. sui bovini, testimoniano, in modo certo, che questo ceppo di bacilli ha*

delle qualità premunitrici *di fronte all'infezione tubercolare sperimentale e naturale.*

Queste qualità premunitrici riconosciute autorizzano e incoraggiano l'estensione della sperimentazione del B. C. G. nella profilassi della tubercolosi bovina. Questa utilizzazione dovrebbe essere seguita nei diversi paesi, conformemente al protocollo sperimentale internazionale seguente sotto il controllo dei servizi veterinari ufficiali e delle autorità batteriologiche e anatomo-patologiche qualificate, di conserva con la Commissione istituita per lo studio di questo problema dalla Sezione d'Igiene della Società delle Nazioni. Ovunque sarà possibile far questo le prove dovranno essere eseguite secondo le regole di un metodo sperimentale rigoroso. (Protocollo I). *Altrimenti le applicazioni adattate a condizioni poco felici di allevamento, potranno essere tentate sotto un controllo ufficiale costante. (Protocollo* II).

Come appare dai protocolli le due modalità proposte per la pratica attuazione delle vaccinazioni contemplano tutte e due l'integrazione della profilassi vaccinale con l'isolamento dalla nascita dei vitelli da vaccinare e la somministrazione di latte sano (che non deve contenere i germi della tubercolosi). Questa rinuncia al piano primitivo — che si proponeva di vedere se sia possibile mediante la sola vaccinazione, senza modificare per il resto i tenore di vita, liberare gli allevamenti dalla tubercolosi nel corso di cinque anni col giro delle nascite — a tutta prima presta il fianco a qualche critica, specie se si rammenta la pubblicazione di Guérin Richard e Boissière la quale dava come raggiunto tale obiettivo. Al Vallée ed al sottoscritto che non mancarono di rilevare ciò fu risposto con tutta franchezza che quei risultati si erano potuti ottenere appunto perchè — particolare questo non accennato nella nota di Guérin e dei suoi collaboratori — nell'allevamento al quale si riferivano le loro esperienze, quelle misure (di isolamento e di somministrazione di latte sano) erano state adottate. Non è a credersi però che la inclusione di queste misure profilattiche nei due protocolli equivalga a una confessione che il vaccino B. C. G. da solo non serve. Tutt'all'opposto il rapporto della commissione canadese documenta in modo ineccepibile che anche senza ogni altra misura preventiva con la sola vaccinazione si realizza la protezione assoluta circa nella metà dei casi in condizioni naturali di convivenza e di allattamento, nelle quali i non vaccinati contraggono invece l'infezione tubercolare in una percentuale altissima (circa dell'80 %). Ma dalla relazione canadese si desume altresì che gli effetti benefici della vaccinazione sono molto maggiori, si estendono cioè all'80 % dei vaccinati, quando si evitano le occasioni di contagio nel periodo (di un mese circa) durante il quale manca o non ha ancora raggiunta la piena efficenza la protezione conferita dal vaccino: eliminando o riducendo al minimo mercè l'isolamento e la somministrazione di latte sano, le possibilità di contrarre l'infezione tubercolare nel primo mese di vita, diventano eccezionali i casi di tubercolosi nei vaccinati quando vengono esposti in seguito al contagio naturale in condizioni nelle quali i controlli non vaccinati, ugualmente tenuti nel primo mese di vita al riparo da ogni contaminazione, contraggono invece in una alta percentuale di casi la tubercolosi.

È stato appunto grazie ai risultati ottenuti nella vaccinazione sottocutanea dei vitelli che alla riunione di Parigi potè essere formulato e accettato all'unanimità anche un voto attestante in modo categorico che il B.C.G. oltre che essere innocuo, è dotato di incontestabile azione vaccinante. Questa conclusione alla quale la sottocommissione veterinaria potè giungere con tranquilla coscienza in base alla documentazione imponente fornita dalle relazioni concordi dei vari paesi, scaturì nel modo più naturale, dai risultati delle prove istituite su larga scala, oltre che in Francia, in Italia, in Russia, nell'Olanda, al Canadà ecc.: in favore dell'attività vaccinante del B.C.G. parlavano con tale evidenza le cifre e i grafici, tra i quali figurava uno riuscitissimo dello Tsekhnovitzer, che su questo punto come su quello della innocuità per la specie bovina non si fecero sentire voci dissenzienti le quali non mancarono invece quando si discussero alcuni punti dei protocolli ad es. quello sul veto assoluto posto alla somministrazione del colostro.

Per ciò che riguarda la premunizione per via orale tanto gli esperimenti della commissione ucraina quanto quelli di uno degli esperti tedeschi (il Schlossmann) erano tali da far nascere dei dubbi sui risultati della vaccinazione orale nelle scimmie ottenuti dal Wilbert; così che non si addivenne ad alcuna conclusione categorica. Ciò non toglie però valore alle altre prove che militano in favore della efficacia della somministrazione orale. Così è stata accolta con grande interesse la dimostrazione fornita dal Calmette che effettivamente il B.C.G., dato per bocca, passa nei gangli mesenterici: il ceppo così isolato dai gangli

dell'intestino del cadaverino di un lattante vaccinato all'atto della nascita si dimostrò attenuato come il B.C.G. classico. E lo scrivente illustrando alle riunioni i risultati di un esperimento ultimato alla vigilia della sua partenza per Parigi potè integrare tale reperto documentando il conseguente aumento di resistenza con fotografie attestanti l'assenza di lesioni tubercolari nei polmoni di un vitello vaccinato per bocca all'atto della nascita e poi esposto al contagio naturale della coabitazione con vacche tubercolotiche, il quale nei polmoni del vitello non vaccinato (di controllo) aveva dato luogo a gravi processi di tubercolosi chiaramente visibili anche nelle riproduzioni fotografiche.

Questi dati di fatto sperimentali attestanti chiaramente che anche con la vaccinazione orale si riesce a premunire l'organismo nei primi giorni di vita, erano però ancora, specie numericamente, troppo scarsi per autorizzarci a suggellare con un voto la efficienza della vaccinazione per bocca. E questo atteggiamento riservato sul terreno sperimentale valse forse a risparmiare incursioni nel campo statistico che era bene fossero evitate data la mancanza nel convegno di rappresentanti delle discipline statistiche, di coloro cioè dai quali erano stati formulati i principali capi di accusa contro l'attendibilità dei dati statistici pubblicati dal Calmette.

Per ciò che riguarda la premunizione dei bambini il compito degli esperti d'indirizzo microbiologico ebbe un carattere prevalentemente di lavoro di preparazione. Come con la proclamazione della innocuità del B.C.G. essi avevano fugato dallo spirito dei clinici i dubbi che questi potevano nutrire in proposito, così con l'accordare al B.C.G. la qualifica del potere vaccinante, sia pure limitatamente all'introduzione parenterale negli animali domestici (bovini), avevano creato uno stato d'animo bene disposto in favore del B.C.G. e rinfrancato dalle prime ineccepibili prove sperimentali che erano loro sottoposte a sostegno della tesi, che anche per ingestione (semprechè avvenga nei primissimi giorni della vita extrauterina) si può realizzare un notevole aumento di resistenza all'infezione tubercolare. E alla formazione di simili condizioni di spirito — è bene accennare anche a questo — non hanno concorso le statistiche, delle quali si può dire che non si è tenuto conto alcuno, in seno alle sottocommissioni dei biologi; l'atmosfera di fiducia si è venuta formando invece per la forza irresistibile che emanava dai risultati univoci ottenuti nella sperimentazione sulle cavie, sui conigli e sugli animali domestici, della specie ovina e bovina in prima linea.

In questa cornice veniva ad inquadrarsi senza sforzo l'annuncio fatto dal capo della commissione ucraina, che la premunizione dei bambini, in seguito a un recente voto formulato in una apposita riunione di competenti, in Ucraina entrerà a far parte delle funzioni dei dispensari antitubercolari. E fu ascoltata con interesse la comunicazione del Cantacuzène che in Rumania la premunizione ha incontrato grande favore anche grazie alla riduzione osservata nei vaccinati della mortalità dovuta alle altre malattie dei lattanti, riduzione, che lo Schlossmann propendeva ad attribuire alle maggiori cure prodigate ai vaccinati, ma di cui invece lo scrivente, almeno per ciò che riguarda le analoghe osservazioni di maggiore resistenza alle morie da parte dei vitelli vaccinati, potè trovare la spiegazione nel fenomeno dell'*anacòresi* vale a dire nell'attrazione esercitata sui microbi patogeni dal focolaio locale che si forma nei vitelli al punto d'innesto alla giogaia: quivi nel nodulo che si è venuto formando come prodotto di reazione dell'organismo, trovano asilo gli agenti delle morie dei vitelli i quali vi vengono a cercare un rifugio alla guisa degli anacoreti, che risentono un fascino tale da parte della neoformazione, da essere indotti ad abbandonare gli altri tessuti, dove la loro presenza può riuscire fatale all'ospite.

Questa dislocazione dalle zone pericolose, venne così a fornire una spiegazione della minore mortalità riscontrata nei vitelli vaccinati in allevamenti infetti e a collegare l'intimo meccanismo di questa prerogativa del B.C.G. con quello di un altro nuovo indirizzo terapeutico, della cura cioè della paralisi progressiva con la malaria, la quale secondo recenti ricerche sarebbe dovuta ad un richiamo della spirochete pallida verso la milza, con conseguente sgombero suo dal tessuto cerebrale.

Come contro tale tardiva terribile insidia della spirochete pallida un rivolgimento insperato si è compiuto grazie all'attrazione esercitata sulla spirochete o dell'asilo ad essa offerto dal tessuto splenico reagente al parassita malarico, così dalla reazione che si svolge nell'organismo a seguito della penetrazione del B.C.G. pare che sorga inaspettatamente un baluardo contro le infezioni della prima età, il quale, almeno nel campo zootecnico, contribuirà ad assicurare al B.C.G. accoglienze oneste e liete, atte ad agevolargli il suo compito principale, quello di infrenare la tubercolosi.

COMMENTI

A proposito di sanguisughe nelle prime vie respiratorie.

Il caso di sanguisuga nella laringe pubblicato dal dott. Massione sul n. 7 della Sezione Pratica del *Policlinico* mi induce a delle osservazioni che ritengo utili, specialmente dal punto di vista terapeutico, ai colleghi sprovvisti di quei mezzi strumentali e di tecnica, di cui soltanto gli specialisti dispongono.

I casi di sanguisuga che si attacca alle prime vie respiratorie sono in Sicilia relativamente frequenti se si pensa che chi scrive ne ha visti e curati tre nello spazio di un anno (1928) e sa di altri non pochi capitati a colleghi del luogo. In genere il punto di attacco è stato nel cavo naso-faringeo. I pazienti si sono ricordati di aver bevuto dell'acqua di fontana di campagna, eventualità assai frequente nei paesi di Sicilia in genere sprovvisti di buona acqua potabile; ma di non avere notato nulla di estraneo all'acqua bevuta. Le sanguisughe infatti, che raggiungono sino a 10 cm. circa di lunghezza, presentano all'inizio della loro vita piccolissime dimensioni, tali da sfuggire all'attenzione di chi beve, il quale dopo un periodo che va dai 10 ai 15 giorni circa comincia ad emettere sangue dal naso o dalla bocca senza mostrare altro sintoma apprezzabile. La diagnosi non è spesso difficile forse perchè noi pensiamo quasi sempre alla sanguisuga dinanzi a casi di leggere ma frequenti epistassi o pseudo-emottisi che insorgono improvvisamente in pieno benessere in individui nei quali l'esame clinico generale ci induce a escludere qualsiasi lesione organica, e perchè qualche volta, facendo bene aprire la bocca, si scorge sul fondo un corpo estraneo, molto scuro, che si ritrae in alto e scompare se toccato con uno specillo.

È capitato tuttavia a un distinto chirurgo di Palermo un caso di epistassi ostinata in cui si ritenne indicato e urgente un intervento che poi non fu eseguito per il rifiuto del paziente che, invece del preteso male, portava una sanguisuga.

In quanto alla cura, che non vedo ricordata dal dott. Massione, da me praticata e che è lo scopo di questa breve nota, essa è poco scientifica e naturalmente facile e banale. Si tratta di fare aspirare colle narici un po' del comune tabacco da naso. Immediatamente la sanguisuga si stacca e viene emessa con un colpo di tosse dalla bocca. Questo mezzo terapeutico inelegante, ha il vantaggio, su qualsiasi intervento strumentale anche perfetto, di essere alla portata di tutti i medici e di non nuocere assolutamente al paziente.

Castellammare del Golfo (Trapani), 25 febb. 1929.

Dott. Giuseppe Munna.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

Ricerche anatomiche sui nervi splancnici.

(F. Rossi. *Arch. Ital. di Anat. e di Embr.*, volume XXIV, fasc. 4, 1927).

L'A. premette all'esposizione dei risultati delle sue indagini nel cadavere, estese notizie bibliografiche quasi tutte originali. Ricorda che oltre al n. splancnico ed al piccolo splancnico, che si presentano come disposizione normale, ed oltre al n. imo splancnico, che è una variata disposizione, alcuni anatomici descrissero altri nervi splancnici che, come fu poi dimostrato, non esistono.

L'A. ricorda dettagliatamente gli studi che l'Eustacchi eseguì per primo (1566) ai quali seguirono quelli di Vieussens, Haller, Wrisberg, Lobstein ed altri.

Per le ricerche sui nervi splancnici il Rossi utilizzò trenta cadaveri ed in essi ha ricercato la origine ed il decorso delle radici, la partecipazione di esse a costituire i nervi grande splancnico, piccolo splancnico ed imo splancnico, il decorso di questi nervi nella cavità addominale e la loro terminazione: col n. grande splancnico studiò il ganglio del Lobstein. In seguito, di ciascuna di queste formazioni esaminò i rapporti, e finalmente descrisse numerose variazioni dei n. splancnici. Infatti egli ha trovato che i nervi splancnici presentano disposizioni così varie e grande asimmetria fra i due lati, che riesce difficile stabilire il loro comportamento normale. Questa è una delle cause, certo la principale, delle differenti descrizioni fatte dagli autori.

L'A. ha diviso il decorso dei n. splancnici in tre porzioni che chiama *Pars thoracica*, *Pars diaphragmatica*, *Pars abdominalis* ed ha trovato che il *n. grande splancnico* origina normalmente con quattro radici provenienti tanto dai gangli come dai tratti interganglіari del tronco del simpatico, e che da uno stesso ganglio possono originare alle volte tre radici. La prima radice che origina più spesso dal ganglio corrispondente alla sesta vertebra toracica, scendendo verso il diaframma descrive, sul contorno dei corpi vertebrali, una linea curva più o meno ampia con la convessità rivolta medialmente ed un po' in alto. Un decorso curvilineo si può talora osservare anche sulle altre radici e nel tronco risultante dalla fusione di queste radici. La curva può essere così ampia da raggiungere e talvolta superare la linea mediana.

A sinistra invece, radici e tronco decorrono retilinei. Contrariamente all'opinione di molti anatomici le radici del gr. splancnico possono originare anche dai gangli posti in corrispon-

denza dell'11ª e 12ª vertebra toracica. Il nervo gr. splancnico raggiunge il diaframma all'altezza del terzo inferiore del corpo della prima vertebra lombare e dividendosi in più rami termina al ganglio semilunare. Le variate disposizioni del n. gr. splancnico, che sono più frequenti e complicate nel lato sinistro, riguardano il numero delle radici, il loro decorso, sia rispetto alla direzione che alla lunghezza.

L'A. ha osservato un caso molto interessante, nel quale il n. gr. spl. nella cavità addominale descrive un'ansa lunga cent. 8, mentre normalmente la *pars abdominalis* ha una lunghezza che va da mezzo centimetro a due.

Il n. piccolo spl. origina di solito con due radici, di rado con una o con tre; queste radici difficilmente presentano la curva notata nelle radici di destra del gr. spl. Il picc. spl. attraversa il diaframma un cent. e mezzo circa al disotto del punto attraversato dal grande. Se l'ultima radice del n. picc. spl. rimane isolata, costituisce il n. imo spl. il quale può presentarsi però anche con due radici, ed in questo caso il picc. spl. è costituito da una terza radice superiore.

Non raramente ha trovato la presenza di gangli sul decorso di questi nervi.

P. L. F.

I tumori del sistema nervoso autonomo.

(MONT R. REID. *Annals of Surgery*, sett. 1928).

In questo complesso problema, la chiave è data da alcune considerazioni sullo sviluppo embriologico del sistema nervoso. Dai neurociti, cioè dagli elementi del tubo neurale primitivo, derivano tanto il sistema nervoso della vita vegetativa, quanto quello della vita di relazione. In un periodo più avanzato dello sviluppo dei neuroblasti migrano ventralmente dal tubo neurale primitivo e danno origine ai gangli simpatici e al tessuto cromaffine. Nell'uomo questo è contenuto per la maggior parte nella midollare delle surrenali e in piccola quantità nelle glandole carotidea, aortica, cardiaca, timpanica, coccigea; e nelle cosidette « Gelben Zellen » delle cripte di Licherkuhn.

I tumori del sistema nervoso autonomo possono perciò essere convenientemente classificati così:

1. *Neurocitomi.* Di questi se ne conosce un solo caso (Marchand) sorto presso il ganglio di Gasser.

2. *Neuroblastomi* (simpaticoblastoma, ganglioma embrionale simpatico). Sono tumori quasi esclusivamente dei bambini che hanno sede nella surrenale. I tumori primitivi sono per lo più molto piccoli, ma dànno luogo a grossi nodi metastatici. Sono piuttosto duri, bianchi alla superfice di taglio, finemente capsulati. Sono a struttura alveolare. Gli elementi fondamentali sono somiglianti ai linfociti poco più grossi, e nelle forme tipiche mostrano una caratteristica disposizione « a rosetta ». Insieme con questi elementi immaturi, si trovano in maggiore o minore quantità altri più maturi a tipo di cellula ganglionare. Danno metastasi oltre che alle linfoglandole anche per via sanguigna, fra queste sono caratteristiche quelle del fegato, della volta cranica e specialmente quelle orbitarie. Raramente esiste una sindrome a tipo Addison. Clinicamente si differenziano due varietà: una caratterizzata da esoftalmo, accessi epilettici o paralisi causati da metastasi craniche e orbitali; un'altra caratterizzata invece da un progressivo ingrossamento dell'addome.

3. *Ganglioneuromi.* Sono tumori benigni degli elementi ganglionari. Sono propri degli adulti, specie donne, e insorgono sul lato sinistro del corpo almeno in grande prevalenza. Sono grossi, duri, somigliano ai fibromi, hanno una capsula molto spessa e dura. Sono formati da un reticolo fibroso che contiene fasci di fibre midollate e non midollate e cellule ganglionari multipolari. Le sedi più frequenti sono: la surrenale, il sistema nervoso centrale e la catena simpatica.

4. *Paragangliomi.* Sono i tumori derivanti da quegli elementi che per la loro affinità coi sali di cromo vengono detti cromaffini. Siccome gli organi formati da tessuto cromaffine sono detti paragangli (Kohn) così questi traumi sono stati battezzati paragangliomi. Sono rari nella surrenale e rappresentano reperti di autopsia. Sono interessanti i 14 casi descritti di associazione di paraganglioma della surrenale con una neurofibromatosi. Assumono maggiore importanza patologica quando insorgono nella glandola carotidea e nell'appendice o in altri punti del tratto gastrointestinale. I primi sono grossi tumori dell'età adulta che si manifestano coi segni di compressione delle numerose strutture cervicali che li circondano. Per la loro forma, grandezza, consistenza e superficie sono stati chiamati da Hutchinson e Gilford « tumori patata ». Sono giallo-rossastri, molto vascolarizzati. Sono formati da cellule poliedriche granulose, disposte in alveoli compatti, circondati da elementi iperplastici endoteliali. Secondo Keen esistono segni caratteristici per individuarli clinicamente: 1) la loro posizione alla biforcazione carotidea; 2) la loro spostabilità laterale, non verticale; 3) la forma ovoide; 4) la superfice liscia; 5) l'unicità; 6) la pulsazione trasmessa; 7) il soffio e il thrill; 8) la sporgenza nel faringe; 9) la miosi; 10) l'accrescimento lento; 11) la lunga durata; 12) la consistenza duro-elastica.

L'intima aderenza colla carotide primitiva e cogli altri elementi del fascio vascolo nervoso

fanno sì che la loro asportazione — eseguita si può dire solo per ragioni di cosmesi — sia seguìta da una elevatissima mortalità postoperatoria (40 %). Tanto che da molti (Da Costa, Reclus) l'intervento è sconsigliato.

I paragangliomi più frequenti sono quelli che secondo le idee più moderne, specie di Gosset e di Masson, sono stati identificati con i cosidetti tumori carcinoidi dell'appendice. Ne sono stati descritti 323 casi e l'A. ne aggiunge due personali. Si presentano come noduli unici o multipli e provengono dalle Gelben Zellen già ricordate. Si calcola che esistano nel 0,4 % delle appendici asportate chirurgicamente. Sono formati da alveoli di cellule rotonde o ovali con nuclei fortemente colorabili con poche mitosi. Queste cellule hanno la proprietà di ridurre l'argento da una soluzione ammoniacale. Sono dette perciò argentifere. Sono tumori benigni, e nell'appendice danno i segni di un'appendicite.

5. *Neuromi.* Si sviluppano sui nervi simpàtici come sugli altri nervi periferici. Sono non maligni e sono stati descritti specialmente nell'utero. Ma in complesso sono poco noti.

MANFREDO ASCOLI.

VASI SANGUIGNI.

L'intervento chirurgico nelle infezioni del seno laterale e della vena giugulare.

(PORTMANN e DESPONS. *Revue de Chirurgie*, 1927, n. 3).

Tali complicanze, frequenti nel decorso di otiti medie purulente, vanno ben delimitate nel campo della chirurgia cranio-cervicale, la cura medica essendo riservata a scarse indicazioni, e per lo più quale coadiuvante la cura chirurgica. Da un cinquantennio l'intervento operatorio (che inizialmente si portava esclusivamente sulla vena giugulare con la legatura e il lavaggio e drenaggio di questo vaso) ha subìto vari orientamenti; e ora gli AA. ritengono esso debba esser prospettato a seconda delle indicazioni basate principalmente sulla accurata esplorazione delle regioni interessate.

L'infezione del seno laterale può essere localizzata, e in qualche caso rimanere anche occulta; ma un attento esame del trabecolato osseo lascerà scorgere la via di diffusione che sarà di guida alla demolizione, la quale in ogni caso dovrà essere sempre molto estesa. La periflebite quasi sempre si accompagna all'osteite, e il trattamento di questa gioverà a dominare un ulteriore avanzarsi del processo. La flebite parietale la si riconosce dall'aspetto grigiastro, talora giallognolo della parete venosa, e sopratutto da una pulsazione isocrona alla cardiaca, segno, questo, che manca sia nella periflebite che nella tromboflebite. Questo grado più avanzato della infezione flebitica presenta talvolta difficoltà a essere riconosciuto. La presenza di un trombo non permette la pulsazione, non permette il reflusso dalla vena giugulare che si manifesta per una compressione retrograda su questo vaso. La puntura del seno (talora anch'essa fallace) e, meglio, la incisione di esso daranno luce completa per definire il criterio curativo il quale sarà astensionista se v'è mancanza di trombo o presenza di trombo asettico, ampiamente demolitivo se i segni di setticemia sono evidenti L'ispezione va sempre estesa fino al golfo della giugulare; e quando questo risulti compromesso deve essere ampiamente scoperto con uno dei processi operativi descritti nell'articolo, tra i quali converrà essere eclettici, avendo principalmente cura di evitare la lesione dei nervi facciale e spinale. Delimitato il segmento vascolare colpito dal processo settico, conviene sempre di aprire la parete, accertandosi, in presenza di trombo, di aver oltrepassato ai due estremi il tratto trombotico, giungendo ove il lume è pervio, e ivi porre un tamponamento. Il solo lavaggio o il drenaggio, lo scucchiaiamento, il tamponamento a parete chiusa non riescono utili.

Quando è infetto il golfo la vena giugulare raramente è indenne. Perciò è buona regola praticare sempre l'ispezione diretta, e, anche a scopo preventivo, la legatura del vaso al disotto delle collaterali eventualmente compromesse. Quando esista una tromboflebite della vena giugulare gli AA. sono partigiani della asportazione completa del tratto trombosato, e, specialmente a processo avanzato, anche del connettivo perivasale, dal basso verso l'alto, praticando prima l'esplorazione nella zona mastoidea e nel seno, quindi la recisione e resezione della vena al collo, e infine il trattamento demolitivo del segmento golfo sinusale, il tutto allo scopo di sopprimere il focolaio infettivo quando esso costituisca pericolo grave per la vita dell'infermo.

F. GRIFI.

Un caso di legatura totale della vena cava inferiore per una ferita operatoria occorsa durante una nefrectomia.

(PATEL e PEYCELAU. *Lyon Chirurgicale*, tom. XXV, 1928).

Si tratta di una donna di 37 a.; affetta da tubercolosi massiva del rene destro; l'intervento è praticato per via anteriore; il rene è assai voluminoso e racchiuso in una capsula assai consistente dalla quale viene con difficoltà liberato.

Successivamente viene sezionato l'uretere che si presenta assai ispessito e dilatato, l'arteria che è divisa in 3 branche ed infine sezionata la vena è possibile estirpare la grossa tumefazione. Alcuni secondi dopo un getto cospicuo di sangue nerastro si fa strada dal fondo della ferita al davanti della colonna vertebrale, indicando chiaramente una ferita della vena cava inferiore.

Eseguita una immediata compressione del vaso se ne lega il suo estremo inferiore, e cessata così l'emorragia, quello superiore immediatamente al di sotto della vena renale sinistra. L'inferma guarì senza alcun incidente all'infuori di un leggero edema delle gambe apparso otto giorni dopo l'intervento e scomparso dopo sole 24 ore.

Questa osservazione dimostra come è stato dimostrato da tutte le altre precedentemente pubblicate e dalle esperienze sugli animali che la legatura della vena cava inferiore al disotto delle vene renali è del tutto innocua, e che i casi di morte (6 su 14, Petit) avvenuti dopo una evenienza consimile devono essere attribuiti a tutt'altra causa che alla interruzione della circolazione venosa. Secondo gli AA. è inutile quindi tentare la sutura della vena poichè la legatura è più rapida, senza pericoli e sopratutto da una maggior sicurezza della perfetta emostasi.

Non può dirsi lo stesso delle ferite al di sopra delle vene renali, poichè nonostante le esperienze di Raia, Bejau e Cohn e malgrado la osservazione di Delbet (l'inferma guarì dopo la resezione di tutto il segmento della cava ricevente le due vene renali) sarebbe assai imprudente ricorrere alla legatura e bisogna a qualunque costo conservare la circolazione venosa renale.

Infine gli AA. credono opportuno insistere nei vantaggi della nefrectomia per via anteriore, che nelle nefrectomie difficili e complicate è la sola che dia un largo e ben aggressibile campo alla vista dell'operatore.

FILIPPA.

Ascite, anastomosi della vena mesenterica superiore e della cava; guarigione.

(KRESTOWSKY. *Paris Méd.*, n. 22, 28 maggio 1927).

L'A. riferisce un caso interessantissimo di cui riassumo i dati principali. E. M., 24 anni, ottobre 1920, ascite e dolori all'ipocondrio destro. L'ascite cresce molto lentamente si che solo nel settembre 1923 si fa la prima paracentesi (24 litri). Ad intervalli altre due paracentesi. Diagnosi di cisti ovarica. Operazione giugno 1924. Si nota assenza della cisti ovarica. Fegato bitorzoluto con atrofia del lobo destro. Si asciuga la cavità di tutto il liquido ascitico: si richiude l'addome. Rapida riproduzione dell'ascite che richiede numerose punture in varie epoche. Nel gennaio 1925 nuova operazione per creare anastomosi tra la vena porta e la cava. L'operazione fu eseguita col metodo di Bogoraz. Isolando dopo inciso il peritoneo che forma il mesentere, la vena mesenterica superiore per 6 cm. Isolando la vena cava per altri 6 cm. afferrata la vena cava inferiore con una pinza molto curva e a branche elastiche e perfettamente liscie (metodo Bogoraz) in modo che la corrente sanguigna della cava non è stata interrotta, si è poi incisa la vena cava per 1 cm. e mezzo e si è praticata l'anastomosi. Il peritoneo è stato suturato sulla parete posteriore dell'addome e sulla radice del mesentere. Chiusura per primam. Guarigione. Prima della operazione si era costretti a fare delle paracentesi di 15-30 litri ogni mese, viceversa due mesi dopo l'operazione una puntura ha dato solo 5 litri di liquido, ed altri due mesi dopo ugualmente si sono estratti solo 5 litri.

Conclusioni. — Nei casi di ascite per cirrosi epatica è razionale praticare l'anastomosi tra la vena porta e la cava inferiore. Non si deve privare del tutto il fegato del sangue della vena porta, che non va legata, allo scopo di evitare l'intossicazione.

L'operazione col metodo di Bogoraz è in fatto di tecnica la più comoda e la meglio praticabile.

L. TONELLI.

VIE BILIARI.

Durata della vita umana nell'ittero da occlusione.

(O. H. WANGENSTEEN. *The Journ. Americ. Med. Ass.*, n. 21, 1928).

L'uomo tollera discretamente l'occlusione meccanica del coledoco, tanto che è rara la morte da ittero occlusivo nelle prime settimane del suo decorso. Ma dopo un periodo variabile dai quattro ai sei mesi il paziente rapidamente decade e muore. Durante la maggior parte di questo tempo, eccettuata la perdita di peso e di forza, in apparente relazione con gli alterati fenomeni della digestione e dell'assimilazione, il malato è quasi completamente libero da segni di sofferenza: improvvisamente il quadro di una intossicazione progressiva si sovrappone all'ittero silenzioso, compaiono l'ascite, le emorragie spontanee, il coma, e la fine sopraggiunge.

Un caso interessante d'ittero profondo, stazionario da tre anni e mezzo, dovuto a ostruzione meccanica del coledoco, è stato osservato nell'Ospedale Universitario di Minneapolis. Si tratta di una signorina di 33 anni, ricoverata nel detto Ospedale nel 1926, la quale aveva subìto nel 1922 un atto chirurgico complesso: appendicectomia, colecistectomia ed escissione

di una ulcera gastrica. Erasi mantenuto un drenaggio esterno della bile per tre mesi. La paziente era stata bene per cinque mesi: ma nel novembre 1922, divenuta fortemente itterica, tale erasi mantenuta costantemente, avvertendo in seguito frequenti dolori a crisi nella regione epatica, accompagnati talora da brividi e da febbre. L'intestino si mostrava atonico, le feci scolorate. La perdita di peso aveva raggiunto i 7 chilogrammi. Lo sforzo determinava dispnea. Il flusso mestruale era assente da cinque mesi. L'esame obbiettivo dimostrava: discreta nutrizione. Estrema pigmentazione itterica della pelle, fino a un colore grigio-oliva scuro. Sensorio leggermente ottuso. Modica distensione meteorica dell'addome. Milza palpabile, dura. Fegato palpabile solo sotto l'apofisi ensiforme. Le ricerche di laboratorio dimostravano le note alterazioni degli itteri gravi da ritenzione.

Diagnosi preoperatoria: occlusione completa del coledoco con ittero grave, dovuta probabilmente a stenosi.

La paziente operata di laparatomia soccombeva cinque giorni dopo l'intervento. Dalle indagini autopsiche macro- e microscopiche furono desunti i seguenti dati diagnostici:

1) obliterazione completa dei dotti biliari extraepatici;
2) cirrosi biliare occlusiva;
3) ulcera duodenale cronica perforata;
4) dotto cieco tra duodeno e porta hepatis;
5) laparatomia esplorativa;
6) peritonite fibrinopurulenta acuta.

Mentre può ritenersi incerta la patogenesi della stenosi delle vie biliari (da trauma operatorio o da processo infiammatorio?), permane l'interesse destato dal lungo lasso di tempo vissuto dalla paziente in discrete condizioni nonostante la intensità dell'ittero.

La diligente ricerca attraverso la letteratura, fatta allo scopo di ottenere informazioni circa la sopravvivenza di pazienti affetti da ittero occlusivo, ha portato alla conoscenza di un caso di Treves (*Practitioner*, 1899, pag. 18) che appare ancor più raro del suddescritto. Una fanciulla di 19 anni, con anamnesi familiare negativa presentava un ittero completo da ostruzione fin dall'età di 3 anni, con tutta la sintomatologia clinica ben chiara, e senza notevole variazione durante tale lungo periodo. La paziente, curata con infinite cautele, era vissuta senza però mai raggiungere il benessere: le sofferenze da dispepsia, da epistassi frequenti, da astenia, da ottundimento mentale rendevano le sue condizioni di vita poco meno che deplorevoli.

Sembrando verosimile che l'ittero traesse origine da un difetto congenito delle vie biliari fu proposto un intervento di cui non si nascondeva il carattere prevalentemente speculativo, ma che, accettato, venne eseguito il 9 febbraio 1898. Alla laparatomia si notò il fegato grigio, liscio, duro; la cistifellea in posizione normale, distesa; le vie biliari prive di aderenze e a decorso apparentemente normale. Però il coledoco era impervio nella sua estremità distale, terminando bruscamente in un nodulo fibroso duro, attraverso il quale non era dimostrabile alcun tramite che portasse al duodeno. Fu eseguita una colecistoenterostomia con bottone di Murphy. La paziente ebbe un buon decorso postoperatorio.

La seconda scarica alvina conteneva bile per la prima volta in sedici anni. L'esame della paziente fatto a distanza di dieci mesi dimostrava il notevole miglioramento generale, pur residuando tracce dell'ittero.

Lo studio della casistica dei carcinomi delle vie biliari, o del pancreas, determinanti ittero, che decorrono senza alcun intervento palliativo dell'ittero, mostra che nella maggior parte dei casi la morte avviene circa sei mesi dopo l'occlusione delle vie biliari. Invece una colecistoenteroanastomosi che mitighi il danno del solo ittero può determinare un sensibile prolungamento della vita. Fatti simili sono dimostrati dalla evoluzione dei fenomeni morbosi nei casi di atresia od obliterazione congenita delle vie biliari. La maggior parte di tali piccoli pazienti muore nei primi mesi di vita, frequentemente per emorragia.

Quale la ragione della più che rara sopravvivenza nei casi riferiti da Treves e dall'A.?

Per conseguenza della occlusione del coledoco la bile si accumula nel sangue e nei tessuti, provoca l'alterazione del parenchima epatico. La possibile gravità di quest'ultimo fatto è dimostrata dai casi di atrofia acuta del fegato, e dalle conseguenze della legatura delle branche terminali dell'arteria epatica: la morte avviene rapidamente per la disintegrazione autolitica del tessuto epatico, che determina la formazione di un potente tossico. Il *quantum* di responsabilità dell'esito fatale spettante all'accumulo della bile nell'organismo non è bene accertabile. Alcuni autori hanno ritenuto che i pigmenti biliari stiano a rappresentare l'elemento tossico della bile; altri hanno giudicato responsabili gli acidi biliari. Ma l'accurata valutazione dei fatti dimostrerebbe che nei casi di occlusione totale del coledoco, quando la sindrome tossica insorge poco tempo dopo la comparsa dell'ittero, l'azione nociva degli acidi o dei pigmenti biliari non è l'evento principale. La distruzione del tessuto epatico provocata dal ristagno della bile appare il più verosimile ed immediato fattore dell'evoluzione precipitosa della grave intossicazione.

La importanza della insufficienza epatica nel quadro finale dell'impedimento meccanico del flusso biliare non è chiara. Da esperienze ben condotte di Mann e Bollmann risulta in modo ben definito che i saggi attuali della funzionalità epatica hanno scarso valore, e che certamente la quantità di tessuto epatico normale sufficiente a mantenere la vita è relativamente piccola.

La ostruzione completa delle vie biliari prodotta sperimentalmente in vari animali provoca la morte in brevissimo tempo se completa, in tempo più lungo se incompleta.

Nel primo gruppo di animali il fegato si presenta ingrandito, molle, liscio, con reperto istologico di necrosi parenchimale; nel secondo gruppo il fegato appare rimpiccolito, quasi duro, con margine tagliente, a superficie grinza, con reperto istologico di proliferazione connettivale sostitutiva, e proliferazione di capillari biliari.

Nei casi riportati dal Treves e dall'A. è da ritenere che il blocco completo del coledoco, durato per una estensione di tempo eccezionale, si è con tutta probabilità sviluppato lentamente. È lecito ammettere che in un fegato nel quale gran parte del parenchima sia stato sostituito da tessuto fibroso, la completa ostruzione biliare non porta allo stesso danno (autolisi) che può invece determinare in un fegato normale. I pazienti nella cui glandola epatica esista un processo sclerotico simile tollererebbero dunque il blocco del flusso biliare per un tempo molto lungo.

A. PICCINELLI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

TERRIEN F. *Statique et dinamique oculaires.* Un vol. di 224 pag. Masson et C. ed., Paris, 1928. Frcs. 40.

È il quarto ed ultimo volume della « Semiologia oculare », che completa la serie di studi anatomici, fisiologici e terapeutici, consacrati dall'A. alla regione dell'occhio. Mentre negli altri è trattata la « Calotta corneo-sclerale », il « Diaframma irido-ciliare » ed il « Cristallino con il suo apparecchio sospensore », qui l'A. si occupa della statica e della dinamica oculare, incominciando a studiare prima l'equilibrio statico e poi l'equilibrio dinamico del bulbo. Per il primo tratta ampiamente dell'ortoforia e dell'eteroforia con le loro differenti varietà, e per il secondo descrive allo stato normale la funzione della visione binoculare simultanea ed allo stato patologico lo strabismo funzionale e paralitico.

In un capitolo a parte si occupa dello spostamento in totalità del globo oculare, e cioè esoftalmo ed enoftalmo.

Per meglio intendere però la complessa e varia sintomatologia dei disturbi dell'apparecchio motore dell'occhio, l'A. richiama rapidamente, in principio del volume, le nozioni fondamentali di anatomia e di fisiologia, riguardanti i movimenti oculari.

È un libro che in poche pagine racchiude tutto quanto riguarda la statica e la dinamica dell'occhio, esposto in forma piana e senza tutte quelle formule algebriche che rendono spesso pesante la lettura. È una monografia che starebbe bene sul tavolo non solo dello specialista, ma di ogni medico pratico

MEZZATESTA.

GUIJARRO CARRASCO. *Infecciones oculares.* Javier Morata, editor. Madrid, 1928.

L'A., che è direttore da 17 anni del laboratorio dell'Istituto oftalmico nazionale e che ha compiuto parecchie migliaia di esami del secreto congiuntivale, ha voluto colmare una lacuna della scienza spagnola, scrivendo questo breve trattato di batteriologia oculare. Dopo aver parlato delle nozioni generali dell'infezione e della teoria dell'immunità, passa a descrivere la tecnica batteriologica, fermandosi minutamente alla colorazione ed all'esame microscopico dei preparati. Descrive i diversi batteri in rapporto alle diverse forme morbose congiuntivali, e tratta della relativa terapia, riferendosi principalmente ai vaccini ai sieri ed alle proteine.

È un libro che non ha la pretesa di essere un vero trattato di batteriologia oculare, come quello di v. Herrenschwand, ma dà tutte le nozioni elementari che possono servire al medico pratico.

MEZZATESTA.

Prof. GIUSEPPE SZABÒ. *Odontoiatria pratica.* Traduzione dall'ungherese del Prim. dott. BRUNO POLACCO. Ediz. del giornale « La Stomatologia », Roma, piazza S. Bernardo 108-A. L. 130.

È un bel volume di 628 pagine in-8°, stampato su carta patinata, rilegato elegantemente in tela, illustrato da 592 figure, scritto, dopo un'esperienza di pratica trentennale, dall'illustre Direttore della Clinica stomatologica della R. Università di Budapest, allievo e continuatore dell'indirizzo tracciato dall'Arkövy che fu il primo faro luminoso del mondo stomatologico.

Il successo che ebbe già la 1ª edizione ungherese (la traduzione italiana è fatta dalla 2ª del 1924) dimostra l'accessibilità dell'opera presso il mondo medico ed odontoiatrico, in quanto che l'A. espose gli argomenti in forma chiara e concisa sulla scorta delle cognizioni di medicina generale e con quella maturità di giudizio dovuta alla sua vasta esperienza personale.

Lo studioso ed il pratico, il medico specialista e il medico generico leggeranno con interesse i capitoli sulla profilassi della carie dentale, sulla odontoiatria operativa, sulla piorrea alveolare, sulla sepsi orale e metabolismo. Fluida la traduzione italiana, bellissime le numerose e pregevoli figure del libro che costituisce un nuovo vincolo spirituale fra stomatologi ungheresi e italiani.

Prof. A. PIPERNO.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

N. PAPA. *Manuale di protesi dentaria.* Un vol. in-16° di 360 pag. della Casa editrice V. Idelson, Napoli. Prezzo L. 20.

È il volumetto tascabile N. 8 della Collana di Medicina Pratica che il prof. Nicola Papa, l. docente nella R. Università di Napoli, ha pubblicato ad uso dei medici e degli studenti e del quale si avvantaggeranno anche gli odontotecnici, costretti ormai per una recente legge ad esami sindacali.

Coloro che non possono seguire il grande trattato italiano di odontotecnica del Platschik (ed. Cogliati, Milano), troveranno in questo manuale, adorno di 3 tavole e 114 figure, una pratica e facile guida alla protesi dentaria.

Gli ultimi tre capitoli sono dedicati alle protesi dei mascellari.

A. P.

DE VECCHIS BENIAMINO. *Manuale di Odontoiatria e Protesi Dentaria per Medici e Studenti.* Torino, U. T. E. T., 1928, L. 60.

Il prof. De Vecchis, già noto per il suo importante Trattato di Odontoiatria e Protesi Dentaria che incontrò largo favore nel campo degli specialisti stomatologi, ha voluto opportunamente condensare in questo Manuale, di circa 700 pagine, con quattro tavole a colori e 327 figure nel testo, le nozioni più importanti e più utili per gli studenti di Medicina che seguono i corsi di Odontoiatria e Protesi dentaria nelle Università. Ma del libro trarranno profitto anche i Medici esercenti desiderosi di mettersi al corrente della moderna patologia dentaria che ha tanti rapporti con le infezioni metastatiche nell'organismo da sepsi orale. Succinti ma praticamente esposti i capitoli sulla protesi e l'ortopedia dento-facciale. Interessanti quelli sulla farmacologia della specialità stomatoiatrica, sull'anestesia per infiltrazione terminale e sulla chirurgia orale.

PIPERNO.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

XXIV Congresso della Società Italiana di Otorinolaringologia.

(Catania, 29-31 ottobre 1928).

Il tema di relazione considerava i *rapporti fra tonsille palatine e nefropatie.*

La relazione del prof. F. BRUNETTI è già stata riassunta nel nostro giornale (4 febbraio, p. 172). Vi aggiungiamo ora quella del prof. A. MALAN.

L'O. esamina anzitutto il problema dell'angina, osservando che la forma da streptococco è, di gran lunga, la più frequente; secondo alcuni, anzi, l'unica. Tale germe è pure molto frequente nelle tonsilliti croniche ed è costantemente presente nelle tonsille di individui affetti da glomerulo-nefrite acuta.

La maggior parte delle tonsilliti è di origine esogena; il processo infettivo, localizzatosi in primo tempo all'organo faringeo, può poi irrompere nella corrente linfatica o sanguigna e dare luogo a localizzazioni secondarie. Queste hanno per sede, di preferenza, determinati organi, fra i quali primeggiano i reni. Giunti i germi, per via sanguigna, ai reni, vi determinano processi morbosi che corrispondono a tre tipi: glomerulo-nefrite a focolai, nefrite a focolai embolica e nefrite a focolai settica interstiziale. Tali forme sono costantemente di natura embolica-infettiva; fra i germi che la producono si trova anche qui prevalente lo streptococco.

In assenza di trasporti embolici, si può arguire che la nefropatia sia prodotta dall'azione dei prodotti di questi germi sul tessuto renale. Ad essa si deve probabilmente riferire l'insorgenza di gran parte delle glomerulo-nefriti diffuse acute e forse anche di quelle croniche; quelle croniche starebbero in rapporto con le tonsilliti croniche. Queste vanno considerate come focolai settici, da cui si può originare l'infezione a focolaio.

La frequenza della complicazione renale è varia secondo gli autori. Volhard ammette che le tonsille costituiscano la porta d'ingresso dei germi infettanti nel 75 % dei casi di nefrite ad eziologia nota. L'O., nei casi personali, ha trovato che i fatti faringei costituivano la causa probabile nel 44,3 % dei casi e possibile nel 14 %. In 46 casi di nefrite cronica, l'eziologia faringea risultò probabile nell'8,3 % e possibile con uguale percentuale.

La frequenza delle nefropatie varia pure, secondo i diversi autori, da 0,20 a 85 %. Tralasciando però i semplici risentimenti renali e prendendo in considerazione soltanto i veri stati nefritici, le statistiche vengono a concordare, dando per le tonsilliti acute il 7 % di nefropatie e quasi il doppio per le forme flemmonose.

È impossibile stabilire la frequenza delle forme renali nelle tonsilliti croniche; su 2246 pazienti operati dall'O. per ipertrofie delle tonsille palatine e faringee, si osservarono soltanto nel 0,74 % segni certi di risentimento renale.

In linea generale, si può affermare che non vi è rapporto fra la gravità del processo morboso e quello del processo renale e nemmeno esiste un parallelismo del decorso clinico delle due forme. Non risultano avere importanza nè la specie del germe, nè la porta d'entrata; probabilmente una

parte rilevante la deve avere la virulenza del germe, ma assai più il grado della reazione immunitaria dell'organismo e la predisposizione individuale.

Nella discussione sul tema, G. BILANCIONI ha fatto rilevare la poca efficacia dell'intervento sulle tonsille nelle forme croniche renali, mentre esso riesce efficacissimo negli ammalati che, subito dopo un'angina, accusano dolori reumatici, albuminuria, ecc.

C. A. TORRIGIANI richiama l'attenzione sull'importanza dei fattori costituzionali predisponenti alle malattie renali. P. CALICETI osserva che l'interdipendenza fra malattia tonsillare e nefropatia è puramente causale e dovuta a fattori estrinseci (virulenza e tossicità del germe) od intrinseci (poca resistenza dell'individuo, meiopragia renale), sicchè, si deve ritenere che le tonsilliti agiscano soltanto come fattori occasionali nella genesi delle nefriti.

S. CITELLI rileva che esiste un'enorme esagerazione da parte dei molti che vorrebbero guarire quasi tutte le nefriti, le endocarditi, le febbricole intervenendo sulle tonsille palatine, peggio ancora con la tonsillectomia la quale ha dato — particolarmente nei bambini — molti casi di morte o di peggioramento delle nefriti. Qualche cosa di vero vi è invece per le nefriti acute o nelle poliartriti reumatiche acute, in cui possono riuscire preziosi gli interventi sulle tonsille. Bisogna poi tener presente che spesso la tonsillotomia generosa con lo spezzettamento può dare ottimi risultati, senza esporre ai pericoli della tonsillectomia. A. F.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 29 dicembre 1928.
Presidente: Prof. R. ALESSANDRI.

La malattia delle Ande (Sindromi eritremiche).

Prof. MONGE C. (Lima). — L'O., premesse alcune nozioni sul tipo antropologico degli abitanti delle Ande, comunica di aver osservato con notevole frequenza, tanto più facilmente quanto maggiori sono le altezze, delle sindromi eritremiche che possono rivestire il tipo acuto, il tipo cronico lieve ed il tipo cronico grave. Dopo essersi intrattenuto sulla fisionomia clinica di queste sindromi, egli, in considerazione della loro notevole frequenza in molti luoghi delle Ande, propone di raggrupparle col nome di « Malattia delle Ande ». La malattia delle Ande è certamente riferibile alla rarefazione dell'aria a notevoli altezze ed alla conseguente anossiemia, come lo dimostra il fatto che guarisce trasportando l'ammalato al piano, mentre ha un decorso progressivo ed inesorabile se perdurano le condizioni determinanti

L'Accademia plaude alla interessante comunicazione, sulla quale non hanno luogo discussioni.

Ricerche clinico-radiologiche sulle ripercussioni gastro-intestinali nei processi epatici.

Prof. ALESSANDRINI PAOLO. — L'O., dopo aver prospettato in generale la ripercussione dei processi epatici sul tubo digestivo, espone proprii studi clinico-radiologici eseguiti particolarmente durante coliche epatiche. Si addentra nella esposizione di quanto avviene nel tubo gastro-intestinale durante la colica epatica, e passa poi a discutere il meccanismo patogenetico dei fenomeni osservati, meccanismo che consiste precipuamente negli effetti di una stasi venosa, ed in conseguente accumulo di CO_2 durante la crisi.

Ricerche cliniche e radiologiche sul cuore degli individui dediti agli esercizi sportivi.

Prof. MELDOLESI G. — Premesse notizie storiche sull'argomento, l'O. passa a descrivere la tecnica e ad esporre i risultati ottenuti, esaminando 248 sportivi, molti dei quali erano campioni.

Misurando i vari diametri cardiaci e calcolando la superficie cardiaca, egli ha trovato che il 60 % dei casi esaminati, aveva indubbiamente il cuore in limiti normali; che il 28 % avrebbe avuto il cuore un po' ingrandito, adottando i criteri degli AA. tedeschi, mentre lo avrebbero avuto in condizioni normali secondo i criteri degli AA. italiani; che infine nel 12 % ha osservato dimensioni eccedenti del cuore. Questi ultimi individui (28 in tutto) presentavano tuttavia delle tare, o per essere luetici, o per aver subito malattie infettive che minano il miocardio e per altri motivi.

L'O. conclude che l'esercizio sportivo non determina aumento delle dimensioni cardiache nei soggetti normali, mentre può determinarlo in soggetti tarati.

Innesti sperimentali di pancreas.

Prof. BRANCATI R. — L'O. fa una rivista storica sulla chirurgia del diabete pancreatico; e passa in rassegna i varii procedimenti proposti per la cura chirurgica di questa affezione.

L'O. ha compiuto una serie di ricerche sperimentali, dalle quali risulta che animali spancreatizzati completamente e trattati sia con pancreas normale, sia con pancreas a dotti legati, e cioè in condizioni speciali di iperinsulismo, muoiono rapidamente, mentre altri possono sopperire all'ablazione del pancreas con un innesto di tessuto modificato da legatura, cioè con secrezione esterna diminuita se non del tutto abolita. L'innesto va man mano assottigliandosi fino a scomparire del tutto e con tale fase coincide la morte.

L'O. completa la propria esposizione col comunicare le risultanze degli esami istologici e con proiezioni.

Il prof. ALESSANDRINI P. esprime il proprio compiacimento pei risultati e per le idee espresse dall'O., che condivide.

Il Segretario: V. PUNTONI.

Associazione Medica Triestina.

VII adunanza scientifica del 1° dicembre 1928.
Presidente: Dott. A COFLER.

Terapia dell'ulcera gastrica e duodenale.

L'O., dopo aver fermato l'attenzione sull'importanza dell'istmo dello stomaco per la localizzazione dell'ulcera, passa in rassegna le varie teorie sorte a spiegare l'eziologia dell'ulcera gastrica e duodenale: teoria dell'ALKAN (ulcera-paratiroidi), quella del BERGMANN (disarmonia del sistema vegetativo) e cita a proposito i lavori di FOÀ, dello SCHIASSI, del BALINT e dello SIMNITZKY, e da ultimo due recenti teorie; quella del KONIETZNY e quella del CESARIS-DEMEL (anafilassi).

La cura risente della incertezza della patogenesi della malattia e si basa su due problemi: quello della nutrizione e quello fisico-chimico-fisiologico.

L'O. ricorda la cura del riposo ed i vari medicamenti consigliati: bismuto, eucalina, nitrato d'argento, l'atropina, l'eumidrina ed accenna poi al Tillmann che raccomandò nelle cure dietetiche invece della solita nutrizione un'infusone intravenosa di zucchero d'uva (1000 cmc. al 10 %) per 10 giorni.

Parla poi della proteinoterapia: emoterapia, peptone, latte, vaccini aspecifici, novoprotina, ed afferma che, per quanto variabile ed indeterminata sia l'azione di tali sostanze sul chimismo gastrico, esse agiscono tuttavia notevolmente sull'elemento dolore.

Dopo aver accennato ai risultati ottenuti col salbacido, l'O. passa a trattare il problema della guaribilità anatomica dell'ulcera profonda, osservando come si debba essere cauti con la parola « guarigione »; trattandosi di un'affezione che presenta intervalli di anni d'euforia.

L'indicazione assoluta per l'intervento è richiesta nella stenosi pilorica, nel biloculismo, nella perigastrite, nelle forme penetranti; nelle emorragie ribelli a cure mediche e nelle perforazioni. L'operazione però guarisce soltanto il focolaio del male ma non allontana i momenti endocrini e costituzionali, e quindi non toglie la disposizione a recidive.

Il relatore riconosce i grandi progressi della chirurgia in questo campo ma non può sottacere che i risultati lasciano ancora alquanto a desiderare.

In fine viene ricordata ancora la Röntgenterapia che, accoppiata ad altri metodi curativi, può abbreviare essenzialmente la durata della cura.

Dott. MANN. — L'O. porta il contributo della sua esperienza personale: 390 casi di ulcera gastrica o duodenale osservati negli ultimi 8 anni. Per l'esattezza furono considerati solo i dati riferentisi ai casi operati, che furono 235 (60,4 %).

In base a questa statistica ed alle impressioni ritratte dalla propria esperienza, l'O. arriva alle seguenti conclusioni (corredate dalla citazione di numerosi esempi illustrativi):

1) L'ulc. g. d. presenta un quadro multiforme e variabilissimo (casi tipici e casi di difficile interpretazione). L'intensità delle turbe soggettive non è sempre in rapporto diretto con la gravità della lesione organica.

2) Nessuna delle numerose teorie emesse sulla genesi dell'ulcera corrisponde per tutti i casi e neanche l'applicazione a questo morbo delle più recenti vedute sulle turbe del ricambio endocrino, sulla reazione anafilattica, ecc., ecc. è riuscita ad apportare una soddisfacente chiarificazione del problema.

3) Per giungere ad una diagnosi esatta bisogna coordinare tutti i vari metodi di indagine, non trascurando una minuziosa anamnesi ed il comportamento del malato di fronte alla dieta ed ai medicamenti.

Ogni metodo d'indagine contiene fonti di errori; così i raggi Röntgen che possono dare degli elementi diagnostici, sono talora fallaci. I reperti di nicchie devono essere controllati ripetutamente ed i radiologi dovrebbero assistere regolarmente alle operazioni ed alle necroscopie dei casi da loro esaminati.

4) Secondo l'esperienza dell'O. il fattore principe della cicatrizzazione è ancora sempre il riposo assoluto e la dieta severa. Dei vari medicamenti preferisce l'atropina e gli alcalini.

La proteinoterapia dà risultati immediati favorevoli, ma non sempre duraturi.

5) Riguardo la cura chirurgica l'O. osserva che l'entusiasmo col quale ha parlato di questo metodo nei suoi precedenti lavori (1911, 1913, 1919, 1921), si è alquanto modificato, a mano a mano che l'esperienza gli ha dato occasione di rivedere a distanza i casi operati. L'O. riconosce che la resezione è oggi il metodo di scelta e ricorda di aver suggerito in 4 casi la colecistogastrostomia con risultati immediati molto favorevoli.

L'O. è dell'avviso che soltanto in un piccolo numero di casi basta curare l'ulcera localmente, mentre nella maggioranza l'ulcera è l'espressione locale di una malattia generale costituzionale, che difficilmente si lascia combattere.

L'O. non considera più come indicazione all'operazione l'ulcera per se stessa e non garantisce al malato la guarigione completa e definitiva, così come si può fare per esempio in un caso di appendicite.

Infine l'esperienza insegna che le laparatomie soltanto per togliere le aderenze sono da sconsigliare perchè arrecano scarso o nullo beneficio.

Dott. POTOTSCHNIG, rileva che i risultati lontani ottenuti con la resezione gastroduodenale da numerosi chirughi d'ogni paese dimostrano, che i migliori successi definitivi si raggiungono con questa terapia radicale.

L'unico inconveniente della resezione, la mortalità operatoria piuttosto elevata (10 %), potrà essere ridotta:

1) con una valutazione più accurata della resistenza dell'operando;

2) con un ulteriore perfezionamento della tecnica;

3) con la maggiore diffusione dell'anestesia dello splancnico.

L'esperiènza personale dell'O. è basata su 110 casi:

71 resezioni per ulcera cronica;
16 resezioni per gastrite cronica iperplastica;
13 resezioni per ulcera perforata (con 3 morti);
10 resezioni per ulcera emorragica (con un morto).

L'O. si attiene in via di massima alla tecnica del HABERER, dà la preferenza all'anastomosi termino-terminale alla Billroth I (54 casi su 110); pratica la Billroth II quando manca un buon moncone duodenale. In favore della Billroth I (che è anche la più fisiologica) parlano i risultati lontani, buoni in via di massima dopo ogni resezione gastroduodenale e l'assenza di recidive.

L'O. è fautore della resezione nelle ulceri perforate ed insiste sulla opportunità di intervenire d'urgenza e radicalmente nelle emorragie acute da ulcera. In conclusione l'O. afferma:

1) che nell'indicazione all'intervento chirurgico per ulcera g. d. si deve tener conto non solo delle gravi complicazioni di questa affezione, ma sopratutto del fattore sociale;

2) che l'intervento veramente radicale e sicuro nel suo risultato lontano è dato soltanto dalla ampia resezione gastroduodenale;

3) che al chirurgo incombe il dovere di concentrare tutti i suoi sforzi onde ridurre ancora la mortalità operatoria della resezione gastroduodenale.

Il Segretario: E. RONCALI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Le scorie solforate dell'emolisi.

Lo zolfo è parte integrante della molecola proteica — scrivono M. Loeper, I. Decourt, R. Garcin (*Presse méd.*, 17 ottobre 1928) — ma se noi osserviamo il sangue vi troviamo oltre allo zolfo *costitutivo* delle sue proteine uno zolfo *circolante* in parte ossidato e in parte no. La quantità normale di tale zolfo circolante, ossia la *tiemia* normale è di 0,07 %. Esso può essere di origine esogena (alimenti ecc.) o di origine endogena e in questo caso tre sono le principali sorgenti:

a) la citolisi che libera costantemente notevoli quantità di zolfo come è facile dimostrare in vitro;

b) la proteolisi in cui è pure facile dimostrare in vitro una costante liberazione di zolfo;

c) l'emolisi. È infatti controllabile in vitro la liberazione di zolfo durante la lisi di sangue intiero conservato in stufa ed è possibile anche controllare tale fenomeno ricercando lo zolfo in vecchi ematomi.

Lo zolfo circolante è poi fissato dal fegato il quale lo ossida e in parte lo combina ai corpi aromatici, in parte lo elimina per la bile e in parte lo invia agli altri organi. Un altro organo fissatore ed eliminatore di zolfo è la surrenale che lo ossida e ne fa parte del suo pigmento.

Tornando all'emolisi se questa è breve e leggera darà solo una ipertiemia passeggera, ma se questa è grave e duratura darà un sovraccarico degli organi e una ipertiemia duratura.

Gli autori concludono avanzando l'ipotesi che, data la ricchezza in zolfo della cute nella cirrosi bronzina e nel morbo di Addison, molte delle pigmentazioni cutanee che si osservano in gravi lesioni sia del fegato che della capsula surrenale, siano da imputarsi a sovraccarico di zolfo specialmente se in concomitanza a distruzioni globulari ripetute.

TORRIOLI.

Sulla reazione attuale del sangue nello shok da insulina nell'uomo.

È noto che l'azione della insulina ha una influenza sull'equilibrio degli acidi e degli alcali nell'organismo. Quest'azione è di speciale importanza per l'effetto terapeutico dell'insulina sul diabete acidotico.

O. Klein e H. Holzer (*Mediz. Klinik*, n. 36, 1928) espongono il risultato di alcune loro ricerche sulla concentrazione degli ioni d'idrogeno nel sangue umano durante lo shok di insulina. Le misurazioni furono fatte su diabetici e su pazienti non diabetici; in molti casi veniva prodotta una ipoglicemia per sopradosi d'insulina. Come sintomi caratteristici dello shok d'insulina furono considerati i sintomi clinici: debolezza, senso di fame, tremore, sudore, respirazione prolungata.

I risultati delle ricerche hanno dimostrato all'A. che la reazione attuale del sangue nello shok d'insulina non sorpassa la larghezza normale della concentrazione degli ioni d'idrogeno. In un terzo dei casi il Ph del sangue si avvicina al limite alcalico della zona normale, però senza relazione all'intensità dello shok clinico.

Gli AA. considerano questo leggero spostamento del Ph verso il lato alcalico come una conseguenza e non come una causa dello shok.

MOOR.

Le proteine dell'urina nella nefrosi, nella gravidanza e nella mielomatosi.

L. F. Hewitt (*The Lancet*, 12 gennaio 1929), specialmente con lo studio del potere rotatorio, viene alla conclusione che non vi sono differenze fra la siero-albumina e l'albumina orinaria escreta nella nefrosi; nella gravidanza e nell'eclampsia. In questi casi, probabilmente, la sieroalbumina passa immutata attraverso il rene.

Il passaggio di notevoli quantità di proteine di Bence-Jones attraverso il rene per periodi lunghi, non provoca lesioni renali e non provoca la permeabilità del rene per la sieroalbumina.

Le proteine di Bence-Jones presentano differenze fra di loro e non tutte sono solubili in soluzioni bollenti. Esse si trovano nel siero, ma non nel liquido cerebro-spinale. Il contenuto in albumina e globulina del sangue e del liquor non presentano anormalità nella mielomatosi.

fil.

La genesi della porfirina.

Da studi fatti da A. Hymans v. d. Bergh e J. Hyman (*Deut. med. Wochens.*, 7 sett. 1928) risulta che la porfirina che si forma in condizioni fisiologiche deriva con tutta probabilità dall'emoglobina dei corpuscoli rossi; la stessa genesi può ammettersi per quella che si forma in quantità abnormi in diverse malattie, quali il carcinoma, la febbre tifoide, la tubercolosi con febbre elevata, l'intossicazione saturnina. In tutti questi casi, la porfirina passa dapprima nel plasma sanguigno, od almeno è riconoscibile dapprima nel siero.

Le stesse considerazioni non valgono invece per

la porfirinuria congenita, di cui gli AA. hanno studiato un caso; per questa malattia si ammette che la porfirina possa avere anche un'altra genesi.

Anche per la porfirina derivante dall'emoglobina, rimane tuttora aperta la questione del dove essa si formi. Le quantità relativamente grandi che si trovano nella bile (anche nella porfirinuria congenita) fanno sospettare che il fegato sia l'organo in cui si forma la porfirina.

Rimane poi tuttora da conoscere come avvenga che nell'individuo normale e nei casi in cui non si ha formazione di molta porfirina, essa arrivi nell'urina e nella saliva, mentre non è riconoscibile nel siero.

fil.

CASISTICA.

Ipertensione e glicemia.

Wiechmann (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, agosto 1928) ha esaminata la pressione arteriosa di 256 diabetici comparandola con quella di 980 individui sani o affetti da malattie leggere. Egli ha trovato negli individui diabetici con età inferiore ai 40 anni la pressione in media più bassa che nei normali. Nei diabetici con età superiore ai 40 anni le pressioni basse si fanno sempre più rare.

La ricerca del tasso glicemico negli ipertesi non diabetici ha dimostrato una media di 114 milligrammi di glucosio in 100 grammi di sangue, mentre tale quantità media nei normali è di 96 milligrammi. Anche la ripartizione dello zucchero nel plasma e nei corpuscoli è diversa: negli ipertesi il glucosio si trova nel plasma nella media del 98 %, media che nei normali è del 92 %. Questo fatto, del resto analogo a quello che si verifica nei diabetici, prova che negli ipertesi v'è una diminuzione della permeabilità dei corpuscoli rossi verso il glucosio.

Analoga alterazione della permeabilità si riscontra in tutti i tessuti dell'organismo. Negli individui sani lo zucchero del plasma è assorbito a livello dei capillari nella proporzione di 5-16 milligrammi per 100 grammi. La somministrazione di 100 grammi di glucosio fa constatare dopo 40-50 minuti una differenza ancora maggiore tra il contenuto di zucchero nel sangue arterioso ed in quello venoso, differenza che talvolta raggiunge i 42 milligrammi. Ora si è constatato che negli ipertesi, a digiuno, questa differenza è più piccola che nei normali, e che dopo la somministrazione di glucosio la differenza del contenuto di zucchero nel sangue arterioso ed in quello venoso non supera i 21 milligrammi, ossia la metà di quella dei normali; il che prova una notevole modificazione della capacità di assorbimento di zucchero da parte dei tessuti.

D'altra parte se ad un individuo si somministra due volte un idrato di carbonio con qualche minuto d'intervallo, si osserva che l'iperglicemia prodottasi dopo la prima somministrazione non si produce dopo la seconda, come se la produzione d'insulina si fosse fatta più abbondante. Questo fenomeno che non si verifica nei diabetici, non si ha neppure negli ipertesi.

Tutte queste esperienze dimostrano che vi sono strette relazioni tra ipertensione e diabete.

Nella grande maggioranza degli ipertesi esiste un diabete più o meno latente, che si deve verisimilmente mettere in conto di uno spasmo o di una sclerosi dei vasi pancreatici, donde la insufficienza insulinica.

DR.

Forma cachettica terminale dell'ipertensione arteriosa.

Alle più note cause di morte dell'ipertensione arteriosa, cioè l'insufficienza cardiaca, l'emorragia cerebrale e l'uremia, C. Lian (*Soc. méd. des Hôpitaux*, 22 nov. 1928) ne aggiunge una quarta ed è la cachessia.

Essa si osserva più netta negli individui che, malgrado la notevole ipertensione che presentano, hanno conservato più a lungo un buono stato generale. In seguito, questa buona salute apparente è stata traversata da qualche crisi di soffocazione notturna. Infine, la situazione si aggrava. Il malato impallidisce, il suo viso s'incava, compaiono delle rughe, i capelli s'incanutiscono, il cammino si fa meno agile. Il malato si affloscia. I disturbi respiratori tendono a diventare permanenti e sono poco migliorati dai consueti rimedî; l'appetito scompare ed il dimagrimento aumenta ad un punto tale che il medico teme la comparsa di un cancro o di un'altra malattia cachettizzante. Finalmente, il malato non si può più muovere dal letto, presenta un po' di delirio e si spegne.

L'uremia o la grande insufficienza cardiaca possono talvolta essere in causa, ma soltanto secondariamente; l'uremia, poi, non raggiunge cifre elevate.

L'A. ritiene che si tratti di un'autointossicazione profonda, dovuta probabilmente ai progressi della malattia generale, tuttora poco conosciuta che è alla base dell'ipertensione. Non è verisimile l'ipotesi fatta da altri autori, che cioè la cachessia sia dovuta alla diminuzione progressiva della pressione arteriosa, trattandosi di individui in cui l'insufficienza cardiaca e renale sono, di solito, di grado moderato.

Invece è la denutrizione che domina la scena e che si ha, anche se il malato non è assoggettato ad un regime severo. Si tratta, quindi, di un profondo turbamento della nutrizione, che provoca poi la cachessia e la diminuzione della tensione la quale, a sua volta, può aumentare la depressione del malato.

fil.

TERAPIA.

Il trattamento delle artriti croniche.

W. C. Stoner (*Journ. Amer. Med. Assoc.*, 25 agosto 1928) osserva che dalle attuali cognizioni, risulta che vi sono due tipi di tale malattia, l'uno infettivo, la forma detta ipertrofica, l'altro metabolico, la forma atrofica. Queste forme non sono sempre distinte e, spesso, si fondono. Il trattamento eziologico è indicato nel tipo infettivo o tossico.

L'A. ha studiato 140 casi della malattia nei quali per la cura, si è sforzato di migliorare le condizioni generali di salute e di regolare la vita in modo che l'attività del paziente corrispondesse allo stato della malattia. In generale le prescrizioni dietetiche non hanno grande valore; in qualche caso però sono state utili la limitazione degli idrati di carbonio e l'introduzione di notevoli quantità di liquidi. Sono sempre stati prescritti il riposo, le cautele per evitare di esporsi alle cause reumatizzanti ed i consueti procedimenti eliminatori.

A parecchi pazienti, con i sintomi più notevoli, vennero somministrati gli joduri ed i salicilati per via endovenosa; venne altresì somministrato il cincofene, intensivamente e ad intervalli. In 13 casi venne dato il benzoato di amiodossile; si ebbero spiccate reazioni (lacrimazione, difficoltà di respiro, sensazione di soffocazione) per cui venne sospeso l'uso.

I raggi ultravioletti e la diatermia vennero usati in molti casi, ma con risultati indifferenti; la diatermia è poi controindicata nelle fasi attive articolari. Vennero generalmente consigliate le irrigazioni del colon.

La durata del trattamento variò da 6 giorni a 9 anni. In generale, esso fu fatto ad intervalli, continuando per qualche settimana e poi sospendendo per un breve periodo. In parecchi casi, il cincofene fu somministrato continuamente a dosi di 1 grammo, 4 volte al giorno.

Risultati. — Marcato miglioramento nel 14 %; definito miglioramento nel 61 %; risultati dubbi nel 10 %; nessun miglioramento nell'8 %; nessun trattamento nel 7 %.

fil.

Le iniezioni locali di lipjodol nella lombaggine.

M. Salavert (*Revue tunisienne des sciences médicales*, luglio 1928) ha trattato con successo diversi casi di lombaggine col lipjodol. Si fanno 1-3 serie di 3-4 iniezioni l'una, ad intervalli di 10-15 giorni. Si usano aghi di un calibro un po' forte, poichè il lipjodol è piuttosto spesso; lo si fluidifica un poco scaldandolo leggermente col metterlo in acqua calda; è poi preferibile riempire la siringa col versarvi direttamente il lipjodol, anzichè aspirarlo; la quantità per ogni iniezione è di 2 cmc.

Si fa mettere il malato seduto, con i gomiti appoggiati ad una tavola e leggermente inclinato in avanti, in modo da fare risaltare la massa dei muscoli lombari; si penetra profondamente in questa, a tre dita trasverse dalle apofisi spinose, nel punto indicato dal malato come il più dolente. La prima serie comporta due iniezioni a destra e due a sinistra (nel caso di predominanza da tal lato se ne fanno 3 da questo ed una dall'altro). La distanza verticale fra le due iniezioni di ogni lato è di tre dita trasverse. Nelle serie successive (talora inutili), si variano i punti di iniezione.

Le iniezioni non destano, praticamente, dolore; nei giorni seguenti, si ha un indolenzimento del tutto sopportabile. Una sola volta, l'A. ha osservato, durante l'iniezione un crampo doloroso ai muscoli delle natiche, che ha rapidamente ceduto ad un breve massaggio. Il sollievo portato dalle iniezioni di lipjodol è abbastanza rapido e sorprende il malato abituato alla persistenza del suo dolore; si ha generalmente verso il 4°-5° giorno, talora è però più tardivo, ma ad ogni modo costante (nei casi dell'A.) e duraturo.

Beninteso, si devono dapprima eliminare le eventuali lesioni organiche (litiasi renale, morbo di Pott, malformazioni delle vertebre, sifilide). Il trattamento è indicato nelle lombaggini croniche ed è preferibile a quello di Sicard, consistente in iniezioni profonde di alcool antipirinato, che sono assai dolorose.

fil.

Sul trattamento della malattia di Dupuytren.

Nel trattamento di questa malattia ad etiologia ignota bisogna — dice Stahnke (*Zentralbl. f. Chir.*, 1927, n. 31) — ricordarsi prima di tutto di non nuocere poichè la contrattura dipendendo dall'aponevrosi palmare superficiale non implica lesione della mano. Fra i metodi operativi sono quello di Momburg con l'interruzione sottocutanea dell'indurimento, quello di Ecstein che consiste nella resezione del 4° e 5° metacarpo. Peiser

trapiantò del grasso libero. Altri (Freund, Solomon) hanno usato le irradiazioni con raggi Röntgen o con radio. Buoni risultati hanno avuto Gilbert, Levi, Wainwrigt coi preparati tiroidei. Wederhake ha usato nel 1918 l'iniezione di umanolo nella guaina dei flessori dell'anulare e del mignolo ottenendo la guarigione. Contrariamente Kurtzahn e Bülow non hanno riscontrato con lo stesso trattamento alcun risultato. In un'altra comunicazione di Wederhake è riportata la guarigione con l'umanolo di un edema traumatico. L'umanolo agirebbe come solvente delle cicatrici.

L'A. ha trattato circa una dozzina di infermi iniettando 5 cmc. di umanolo dalla piega interdigitale dell'anulare e del mignolo fino a raggiungere la parte cicatriziale. Dopo 2 giorni fa applicare bagni caldi e stiramento ripetendo l'iniezione dopo 2-3 settimane. In qualche caso si è visto il miglioramento dell'estensione dopo la 2ª iniezione. In qualche caso ha praticato 5-6 iniezioni. Esse devono essere fatte sempre distanziate da grosse pause. L'A. riproduce con fotografie stati di malati guariti da tempo e crede che l'uso dell'umanolo nella cura delle contratture di Dupuytren sia da raccomandare. Circa alla modalità di azione si può pensare che l'umanolo produca una imbibizione di grasso nel tessuto o che provochi la comparsa di un processo infiammatorio nel senso di una terapia irritativa locale.

R. BRANCATI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Tecnica della trasfusione del sangue. — All'abb. n. 3497:

La trasfusione del sangue in questi ultimi anni ha assunto un tale sviluppo da essere l'oggetto di varie monografie, specie in lingue straniere. Varie sono le tecniche proposte per la trasfusione. Il metodo più semplice ed alla portata di ogni medico pratico vien riportato su la *Tecnica terapeutica ragionata* del MASCI, Manuale della « Collana del Policlinico », edit. Luigi Pozzi, Roma.

A. P.

Al dott. G. B., da S.:

El problema de la occlusion intestinal di J. FERNANDEZ MARTINEZ è stato pubblicato dall'editore Morata, Tudescos, 39-41, Madrid.

L'argomento è stato trattato anche da autori italiani. Veda, fra l'altro, i resoconti del Congresso di Chirurgia del 1925, dove l'argomento è stato svolto dai proff. Margarucci e Stoppato.

fil.

VARIA.

La fame ed il digiuno.

(S. DE BOER. *Deut. med. Woch.*, 7 sett. 1928).

L'alimentazione è necessaria per mantenere in vita l'organismo e la fame e le sue conseguenze sono di notevole importanza biologica generale. Periodi più o meno lunghi di essa, si osservano negli animali che vivono in libertà e non sempre possono procacciarsi l'alimento necessario. La sospensione completa dell'alimento porta a morte tanto più rapidamente se sono tolti anche i liquidi; in tali condizioni, i piccioni muoiono in 4-5 giorni, mentre possono sopravvivere anche 12 giorni se si concede loro dell'acqua. In tutte le ricerche sulla fame, si lascia quindi sempre bere dell'acqua a volontà.

Quando si alimentino i piccioni con riso brillato od i cani con carne riscaldata per 4 ore a 110°-120°, si osserva che dopo un certo tempo gli animali rifiutano il cibo e muoiono, se non viene loro dato altro nutrimento. Non sempre però l'eccesso di un determinato alimento porta alla ripugnanza per esso; gli ammalati di beriberi continuano ad avere predilezione per il riso brillato ed i piccioni che, dopo 20 giorni di tale alimentazione continuano a rifiutare il cibo, lo appetiscono poi, quando si faccia loro un' iniezione endomuscolare di estratto di lievito.

Per bastare ai bisogni, la nutrizione deve avere un sufficiente valore calorico e contenere certe sostanze necessarie all'organismo. L'animale non ha la stessa facoltà di sintesi che ha il vegetale, sicchè al primo, oltre alle indispensabili sostanze minerali, si deve dare anche della sostanza organica; la deficienza delle une o dell'altra provoca dei disturbi; mentre sono anche necessarie le vitamine.

In generale, i fenomeni da fame si verificano quando la disassimilazione supera l'assimilazione; durante il digiuno completo, oltre all'acqua, l'organismo riceve l'ossigeno che serve per la combustione delle sostanze di riserva e di quelle che sono connesse con la sostanza vivente.

LA DURATA DEL DIGIUNO.

La durata del digiuno varia a seconda dei diversi animali. È noto che gli ibernanti rimangono per un certo tempo senza assumere cibo. Uno degli animali che sopporta meno bene il digiuno è il topo che muore in 5-7 giorni; il piccione muore in 11 giorni, il condor in 40, il cane può resistere fino a 60. McSwiney, il sindaco di Cork, sopravvisse per 75 giorni.

La durata del digiuno varia secondo diverse condizioni. In generale, i carnivori lo sopportano meglio che gli erbivori, gli adulti più che i giovani, i grassi più che i magri; di

solito, gli animali a sangue caldo muoiono quando hanno perduto il 40 % del proprio peso; negli animali a sangue freddo, i processi metabolici sono intensi e, quindi, la sopravvivenza maggiore. La rana può resistere fino ad 1 anno, la cimice fino a 6 anni. Negli animali succhiatori di sangue, però, non bisogna confondere la durata del digiuno con il tempo di digestione; per la sanguisuga, p. es., sono necessari 6 mesi per digerire il sangue succhiato, quindi la durata del digiuno va calcolata 6 mesi dopo l'ultimo pasto; essa può resistere per circa un anno.

La *perdita di sostanza durante il digiuno* è minore per i materiali inorganici che per gli organici. Nelle ricerche fatte sulle anguille, Lipschütz osservò che alla morte, sopravvenuta dopo 6 settimane, esse avevano perduto il 44 % del proprio peso; dell'albumina rimaneva ancora il 37 % della provvista primitiva, del grasso solo il 18 % e delle sostanze minerali ancora il 79 %. Ciò si comprende quando si pensi che i processi di disassimilazione avvengono a spese dell'albumina, dei grassi e dei carboidrati e che la diminuzione si osserva più particolarmente per questi ultimi due, anzichè per l'albumina, la quale è maggiormente connessa con la sostanza vivente.

Durante il digiuno aumenta la percentuale delle ceneri e dell'acqua; per quest'ultima, si deve ammettere che, nella degradazione delle sostanze albuminoidi, si ottengano sostanze osmoticamente molto attive, sicchè viene ritenuta una maggiore quantità di acqua.

LA LOTTA FRA GLI ORGANI NEL DIGIUNO.

Per quanto riguarda la diminuzione di peso dei singoli organi, si osserva che il fegato diminuisce del 60-70 %; il pancreas, l'intestino ed i reni del 60 %; i muscoli del 30-50 %; scarsa è invece la perdita di peso del sistema nervoso centrale (0-3 %) e del cuore. Gli organi più necessari per la vita tolgono quindi agli altri il materiale per mantenere in vita l'organismo ed a ragione, Luciani parla di una lotta delle singole parti dell'organismo digiunante.

Questa lotta può anche osservarsi nel digiuno parziale; così, se nelle cagne gravide si dà un'alimentazione povera di calcio (riso e carne di cavallo) si vede che i cuccioli che ne nascono hanno un contenuto normale di calcio, mentre la madre soffre di osteomalacia; il calcio, cioè, dalle ossa materne, si è portato al feto, per la costruzione del suo scheletro.

Questi ed altri esperimenti dimostrano che, nel digiuno parziale e nell'iponutrizione, la lotta fra i diversi organi è ancora più manifesta. Le sostanze organiche di uno di essi vengono degradate e portate ad altri, in cui sono utilizzate per la costruzione della sostanza organica di questi.

La morte può anche aversi per mancanza parziale di sostanze minerali, quali il fosforo ed il sale.

LE CAUSE DELLA MORTE DA DIGIUNO.

Assai difficile è il rispondere alla questione del perchè sopravvenga la morte in seguito al digiuno. Luciani giustamente asseriva che per un fisiologo è assai più facile rispondere alla questione del perchè un organismo possa sopravvivere nel digiuno anzichè conoscere il perchè l'individuo ne muoia.

Le ricerche di Schultz ed Hempel dimostrano anzitutto che, nel cane, la morte non può ascriversi a perdita generale di sostanza organica. Si può invece pensare che essa avvenga sia per la perdita di qualche determinata sostanza, sia per autointossicazione. È probabile che, durante il digiuno, si abbia una degradazione delle sostanze organiche, la quale non si ha in condizioni normali e si formino quindi delle sostanze che determinano la morte.

In favore della teoria dell'intossicazione depongono le esperienze di Luciani il quale, durante il terzo stadio del digiuno, la crisi precedente immediatamente la morte, osservò leggera elevazione di temperatura, vomiti, diarrea, collasso. Stati analoghi di collasso da autotossiemia vennero osservati da altri autori, sottoponendo degli animali sotto narcosi a gravi lesioni dei muscoli delle gambe e fenomeni simili si videro durante la guerra, in seguito a necrobiosi per allacciatura arteriosa; così pure si osservano nelle ustioni estese. Si può ritenere che in tutti questi casi i prodotti di degradazione dell'albumina determinino i fenomeni tossici.

Sono note le osservazioni di uomini digiunanti per periodi di 30-50 giorni, studiati da fisiologi. In questi individui, dopo 2-3 giorni, la sensazione di fame diminuisce o scompare del tutto. Luciani divide il digiuno prolungato in 3 periodi: quello della fame, piuttosto breve, a cui segue quello dell'inanizione fisiologica, in cui si ha una lenta diminuzione del fabbisogno giornaliero dell'organismo e della produzione di calore e da ultimo, il periodo della crisi già menzionato.

In esperienze fatte a Chicago, Carlson ed il suo assistente si sottoposero ad un digiuno di 5 giorni ed osservarono che, a partire dal secondo giorno, si sentirono molto meglio che prima di incominciare il digiuno (essi godevano di ottima salute); specialmente Carlson aveva la stessa sensazione di benessere che provava dopo una vacanza in montagna; il suo spirito era particolarmente sveglio ed egli potè fare un notevole lavoro intellettuale e fisico, senza risentire la minima stanchezza.

Ciò dimostra che, in condizioni normali, noi ci nutriamo troppo e, che delle scorie di questa ipernutrizione, l'organismo si libera dopo qualche giorno di digiuno. Altre esperienze dimostrano, del resto, che in pratica, oltre a regolare qualitativamente la dieta, è assai utile, specialmente nelle persone di una certa età, regolarla quantitativamente. FILIPPINI.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA (*).

Disposizioni per la Cassa di Previdenza dei Sanitari.

Il n. 12 della *Gazz. Uff.* del 1929 (15 gennaio) ha pubblicato il testo della legge 13 dicembre 1928 n. 2114 che contiene agevolazioni per la iscrizione alla Cassa di previdenza.

Art. 1. — I medici condotti e altri sanitari in regolare servizio alla pubblicazione della presente legge, aventi servizi anteriori alla data di istituzione della Cassa di previdenza dei sanitari amministrata dalla Direzione generale della Cassa depositi e prestiti e degli istituti di previdenza, o alle date della estensione di tale Cassa alle rispettive categorie, i quali non si siano avvalsi in tempo utile della facoltà di iscrizione, possono iscriversi alla Cassa medesima e chiedere il riconoscimento del servizio prestato sino al limite di 20 anni, purchè versino il contributo straordinario di L. 600 annue, con i relativi interessi composti al 5 %, per tanti anni quanti sono quelli da riconoscere.

La relativa domanda deve essere presentata entro il termine perentorio di sei mesi dalla data di pubblicazione della presente legge.

Il contributo per il riconoscimento dei servizi di cui al comma precedente potrà essere pagato dal sanitario in unica soluzione, ovvero potrà essere corrisposto per la metà all'atto della concessione e per l'altra metà a rate mensili calcolate con l'applicazione della tabella C annessa al R. D. L. 19 aprile 1923, n. 1000, convertito nella legge 17 aprile 1925, n. 473, in un periodo non superiore a dieci anni.

Art. 2. — Il sanitario che abbia ottenuto il riconoscimento dei servizi di cui al precedente art. 1 e non versi l'intero premio, o la metà di esso, entro tre mesi dalla data di emissione del relativo ruolo di riscossione, decade dalla ottenuta concessione.

Il versamento rateale dell'altra metà del premio dovrà effettuarsi non oltre tre mesi dalla data del relativo ruolo, pure sotto pena di decadenza dalla concessione.

Per il pagamento rateale di cui al penultimo comma dell'articolo precedente si applicano le disposizioni dei tre ultimi commi dell'art. 9 del R. D. L. 19 aprile 1923, n. 1000, convertito nella legge 17 aprile 1925, n. 473.

Art. 3. — Il sanitario che si sia avvalso della facoltà di cui all'art. 1 della presente legge e lasci il servizio senza avere completato il versamento del contributo straordinario ha diritto alla liquidazione dell'indennità o della pensione, calcolata in base al periodo corrispondente a quello per cui è stato versato il predetto contributo, al periodo di effettiva iscrizione alla Cassa, nonchè a quello eventualmente riscattato ai sensi delle disposizioni vigenti.

In caso di morte del sanitario prima del termine del periodo di versamento delle rate di cui all'articolo precedente, nessuna riduzione o trattenuta verrà fatta sull'assegno spettante alla vedova o agli orfani; però, se il sanitario sia divenuto moroso, i suoi superstiti aventi diritto all'assegno dovranno pagare le rate scadute con i relativi interessi a norma dell'ultimo comma dell'articolo precedente. Qualora essi non paghino tale debito, non sarà computato, agli effetti dell'assegno loro spettante, il periodo di servizio corrispondente a quello per cui non furono versate le rate di contributo.

Art. 4. — Ai sanitari iscritti alla Cassa di previdenza, che abbiano lasciato trascorrere il biennio di cui all'art. 7 del R. D. L. 19 aprile 1923, n. 1000, convertito nella legge 17 aprile 1925, n. 473, senza presentare la domanda per ottenere il riconoscimento dei servizi che intendono riscattare, è data facoltà di chiedere, *entro sei mesi dalla data di pubblicazione della presente legge, il riconoscimento stesso secondo le norme vigenti.*

Art. 5. — È riconosciuto valido agli effetti della liquidazione degli assegni il periodo di aspettativa per motivi di salute ottenuto con regolare deliberazione, purchè il sanitario iscritto abbia percepito lo stipendio o parte di esso, conservata la titolarità del posto e pagati i contributi di iscrizione.

Art. 6. — L'art. 1 sub 17 del R. D. L. 19 aprile 1923, n. 1000, convertito nella legge 17 aprile 1925, n. 473, è sostituito dal seguente articolo:

« Acquistano il diritto di conseguire la pensione i sanitari iscritti alla Cassa di previdenza nei seguenti casi:

« *a*) quando dopo 25 anni e prima dei 40 di servizio utile cessino per cause diverse da quelle di cui alla lettera *b*), *c*), *d*) o in condizioni diverse da quelle previste nella lettera *c*) del presente articolo;

« *b*) quando dopo 20 anni di servizio utile cessino dal servizio per soppressione di posto, o per condanna, o per passaggio alla dipendenza dello Stato in posti per i quali non sia ammesso il cumulo dei servizi prestati, con iscrizione alla Cassa, o per effetto di disposizione prefettizia;

« *c*) quando dopo 20 anni di servizio utile siano ritenuti permanentemente inabili a continuare il servizio per infermità contratta per cause diverse da quelle indicate alla lettera *d*) del presente articolo;

« *d*) quando per ferite riportate o per infermità contratte a cagione diretta e immediata delle loro funzioni siano divenuti inabili

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. Giovanni Selvaggi, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

permanentemente a prestare servizio, qualunque sia la durata del servizio stesso;

« *e*) quando cessino dal servizio dopo 40 anni di servizio utile alla misura dell'assegno, e dopo avere compiuto l'età di 65 anni con almeno 25 anni di servizio utile alla misura dell'assegno, o dopo avere compiuto l'età di 65 anni con almeno 25 anni di servizio utile alla misura dell'assegno ».

Art. 7. — L'art. 1 sub 20 del R. D. L. 19 aprile 1923, n. 1000, convertito nella legge 17 aprile 1925, n. 473, e l'art. 3 della legge 14 aprile 1927, n. 604, sono sostituiti dal seguente articolo:

« La pensione da corrispondersi ai sanitari è liquidata secondo la tabella A in ordine all'età del sanitario alla data di cessazione dal servizio e alla durata dei servizi valutabili alla data stessa.

« Però, nel caso di cessazione dal servizio per una delle cause di cui alla lettera *c*) dell'articolo precedente, la pensione da liquidarsi al sanitario non potrà essere inferiore a L. 2000, mentre nel caso di cessazione dal servizio nelle circostanze di cui alla lettera *d*) dell'articolo stesso, la pensione non potrà essere inferiore a L. 5000.

« Nei casi di condanna la pensione di cui alla lettera *b*) dell'articolo precedente sarà pari alla metà di quella liquidata ai sensi del comma precedente. Nei casi previsti dalla lettera *a*) dell'articolo stesso la pensione liquidata ai sensi del primo comma del presente articolo sarà diminuita di un decimo.

« In nessun caso la pensione liquidata dal sanitario potrà superare le L. 25.000 nè essere inferiore a L. 1500 ».

Art. 8. — Le disposizioni degli articoli 1, 2, 3 sono estese ai sanitari delle provincie dei territori appartenenti all'ex Impero Austro-Ungarico, in regolare servizio al 1° luglio 1924, che a tale data non erano iscritti a regolamenti, casse o fondi speciali di pensione.

Regolamento per l'esecuzione della legge 23 giugno 1927 n. 1070.

Con R. D. 6 dicembre 1928 n. 3112, pubblicato nella *Gazz. Uff.* del 1929 n. 13, sono state emanate disposizioni per l'esecuzione della legge 23 giugno 1927, che contiene norme varie sulla sanità pubblica.

Il testo del regolamento, che consta di 15 articoli ed allegati, è integralmente pubblicato nella nostra Rivista « Il diritto pubblico sanitario » n. 2, pag. 89. Segnaliamo qui le disposizioni più importanti.

L'art. 1 regola la forma e il contenuto della denunzia dei casi di aborto al medico provinciale. Di questa disposizione già demmo notizia nel « Policlinico ».

L'art. 2 riguarda le domande di autorizzazione per l'esercizio di ambulatori, case e istituti di cura medico-chirurgica o di assistenza ostetrica, di case o pensioni per gestanti e dispone che la domanda deve essere corredata della dichiarazione scritta di un dottore in medicina e chirurgia che ne assuma la direzione tecnica; tale dichiarazione deve essere controfirmata dal richiedente e vidimata dal Podestà. Soggiunge l'art. 3 che l'ubicazione ed i progetti di nuovi ambulatori o istituti di cura ecc. ecc., e gli ampliamenti di quelli esistenti dovranno ottenere preventivamente la approvazione del Prefetto.

Dispone l'art. 4 che devono essere sottoposti a registrazione i seguenti presidi medici e chirurgici, a norma dell'art. 11 della legge 23 giugno 1927 n. 1070: 1) pessarii; 2) irrigatori, doccie, siringhe, insufflatori vaginali, cannule vaginali; 3) disinfettanti e sostanze poste in commercio come « battericide » o « germicide »; 4) apparecchi di contenzione di ernie intestinali, o di organi addominali.

Gli articoli 5, 6, 7 regolano le forme e il contenuto della domanda di registrazione e del relativo decreto di autorizzazione.

L'art. 8 vieta l'uso di etichette o di stampati illustrativi che non corrispondano a quelli approvati dal Ministero dell'Interno.

Il Ministero dell'Interno ha facoltà di disporre in ogni tempo ispezioni delle fabbriche, depositi o rivendite di presidi medici e chirurgici.

La domanda per continuare il commercio dei presidi stessi deve essere presentata entro sei mesi dalla pubblicazione del regolamento.

CONTROVERSIE GIURIDICHE

XI. — Trasferimenti.

Può essere stabilito, con norma del capitolato, il trasferimento dei medici condotti da una ad altra circoscrizione dello stesso Comune, mediante concorso interno. Questa possibilità non è contraria alla legge, perchè non si tratta di nuova nomina e non è quindi necessario il concorso pubblico. Il capitolato di un Comune stabiliva questa forma di trasferimento. Ma, indetto un concorso interno, furono ammessi a parteciparvi anche i medici condotti supplenti e coloro che dall'ufficio di condotta erano stati già trasferiti stabilmente all'ufficio d'igiene. Siffatto procedimento, del quale si dolse uno degli aspiranti, è stato correttamente riconosciuto illegittimo dal Consiglio di Stato con decisione 23 novembre 1928 n. 579, perchè il concorso doveva essere limitato ai medici condotti titolari. A prescindere dalla disposizione del capitolato, si può aggiungere che la possibilità del trasferimento deve essere *in ogni caso* limitata ai titolari delle condotte: i medici interini, i supplenti, i medici dell'ufficio d'igiene ecc., non sono medici condotti assunti in ufficio mediante concorso pubblico, quindi, per essi, il trasferimento si risolve in sostanza in un atto di prima nomina all'ufficio di titolare; ma ciò non è lecito perchè la legge dispone rigorosamente che i titolari delle condotte mediche, per nomina atta a stabilizzazione, devono essere assunti mediante concorso.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Assicurazione contro la tubercolosi.

La legge sull'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi provvede, com'è noto, al ricovero in speciali luoghi di cura di tutti i lavoratori ammalati e delle persone della loro famiglia e stabilisce il diritto, in caso di ricovero, di una indennità giornaliera agli assicurati che abbiano a carico persone di famiglia.

Con i mezzi offerti dalla legge potranno essere messi a disposizione degli assicurati — persone di ambo i sessi che paghino le quote di assicurazione contro l'invalidità e la vecchiaia — 18 mila posti in sanatori, il che equivale — calcolando una media di degenza di 115 giorni per ammalato — a una possibilità di ricovero annuo in sanatori di 58 mila ammalati.

Inoltre la legge si prefigge la creazione di post-sanatori, cioè di colonie lavorative dove gli ammalati dimessi dai sanatori potranno, sotto la vigilanza medica, riprendere gradatamente la loro funzione sociale e così ritornare alla vita normale.

La quota annuale degli assicurati è di circa 35 lire: i benefici della legge si estendono a 20 milioni di lavoratori, che avranno diritto — ove ne sia bisogno — ad essere curati e ricoverati.

Se si pensa che la tubercolosi, nel quinquennio 1921-1925, fece in Italia circa 300 mila vittime, si comprende tutta l'importanza della lotta ingaggiata dal Fascismo, per volontà del suo Capo.

Cronaca del movimento professionale.

Le borse di studio agli orfani dei medici morti in guerra.

Si è riunito il Comitato per l'assistenza degli Orfani, istituzione sorta nel 1924 in occasione della Celebrazione dei Medici morti in guerra.

Il Comitato, composto dal sen. Simonetta, prof. Fioretti Arnaldo, prof. Fioretti Ermanno, gen. prof. Cesare Baduel, prof. Silvagni, gen. Repetti, prof. Ilvento, prof. Santamaria, col. Casarini, dopo un nobile discorso del presidente ten. gen. F. Della Valle e la relazione morale e finanziaria fatta dal segretario generale dott. Federigo Bocchetti, ha concesso le borse di studio per l'anno 1929 a 62 orfani.

Quest'opera che è sorta dal cuore di tutti i medici d'Italia seguiterà ad assistere tutti gli orfani fino al compimento degli studi universitari e soltanto nel 1942 il suo compito, che onora tutta la classe medica d'Italia, sarà santamente e nobilmente esaurito.

Quest'anno sono state spese per gli orfani oltre 80.000 lire ed occorre che non s'inaridiscano le fonti del finanziamento. A tal uopo il Comitato prega i vari Ordini a versare la quota stabilita ed inoltre invita i colleghi che hanno ricevuta la targa del monumento al medico di versare l'importo al comitato fiorentino, o almeno di respingere la targa stessa, altrimenti il successo di questa iniziativa viene completamente compromesso a grave danno della Opera di assistenza.

Per tutte le informazioni rivolgersi al segretario generale: dott. Federigo Bocchetti, direttore del Sanatorio Militare di Anzio (Roma).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AULETTA (*Salerno*). — L. 7000 e 4 quadrienni dec.; scad. 20 mar.; tessera o certificato d'iscrizione al Partito Fascista; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15; doc. a 6 mesi dal 27 gen.

BARZANÒ (*Como*). — Scad. 25 mar.; L. 8700 e 4 quinquenni dec., oltre L. 3500 trasp., L. 1500 se uff. san., L. 500 se ambulat. nella casa del medico. Età lim. 46 a. Tassa L. 50,15.

BELMONTE CASTELLO (*Frosinone*). — L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 uff. san. e L. 2400 cavalc.; scad. 30 giorni dal 1° marzo; età lim. 40 a. al 1° mar.; doc. a 3 mesi.

BOLZANO. *R. Prefettura.* — Proroga del conc. per uff. san. di Merano a ore 18 del 30 apr. Vedi fasc. 10.

BRESCIA. *Spedali Civili.* — Primario ostetrico; L. 6000 (*sic*); scad. ore 16 del 5 apr.; età lim. 45 a.; doc. non anter. al 30 nov.; pubblicazioni e *curriculum* in 3 esemplari. Rivolgersi agli Uffici (via Moretto 42).

CAGLIARI. *R. Prefettura.* — Uff. san. del capoluogo; L. 16.000 e 2 quadrienni di L. 800 e di lire 1000; serv. att. L. 4200; scad. 30 mar.

ENNA. *Amministraz. Provinciale.* — Direttore Sezione Med.-Micrografica del Laboratorio Prov. di Igiene e Profilassi. Stip. iniz. L. 11.600 con tre aum. quadrienn. di L. 600, L. 700, L. 800. Indenn. serv. attivo L. 2800 e caro-viveri. Scadenza ore 18,30 del 30 aprile. Per chiarimenti scrivere alla locale Segreteria Generale della Provincia.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stab. Riuniti.* — Medico aiuto specialista e medico assistente specialista per i reparti di tubercolosi a Careggi; assistente specialista per il turno otorinolaringoiatrico. Aiuto: L. 7500; età lim. 35 a.; 4 anni di laurea e 2 di serv. effett. regol. in ospedali o cliniche o istituti di patol. med. Assistenti: L. 6400; età lim. 30 a.; per l'oto-rino-laring. L. 1200 serv. chirurg. Eventualm. c.-v.; proventi. Scad. ore 17 del 10 apr. Tassa L. 50. Nom. e conferma biennali. Doc. poster. al 9 mar.

FORMICOLA (*Napoli*). — Scad. 31 mar.; L. 7000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1800 cavalc., L. 500 uff. san.; età lim. 30 a. (*sic*); tassa L. 50,15.

GROSSETO. *Congregazione di Carità.* — Chirurgo Primario Ospedale Grosseto. Stip. annuo lire 11.050; indenn. complem. L. 2541,40; caro-viveri; 55 % su tasse di cura dei paganti; età min. 30 a., massima 40 a., elevata a 45 per coloro che sono già in servizio presso Ospedali. Tassa conc. lire 50,10. Scadenza 10 aprile 1929.

Aiuto medico-pediatra; stip. L. 7680; indenn. complement. L. 1459,20; c.-v.; 15 % tasse dei paganti e percentuale ambulatorio e gabinetto; stanza; età lim. 27-35 anni; 5 quadrienni dec.; tassa L. 50,10; scad. 10 apr. Per altre condizioni chiedere avviso.

MALO (*Vicenza*). — A tutto il 31 marzo 1929. Stip. L. 9000 e altre indennità. Chiedere avviso concorso alla locale Segreteria Municipale.

MEZZANEGO (*Genova*). — Scad. 25 marzo; L. 8400. Rivolgersi segreteria com.

NOVARA. *Ospedale Maggiore.* — Primario otorinolaringoiatra; L. 5500 oltre quota tasse di cura. Rivolgersi Segreteria. Scad. 31 mar.

PALERMO. *Ospizio Marino ed Istituto pei rachitici « Enrico Albanese ».* — Due med.-chir. Stip. L. 4275. Serv. guardie L. 15. Nomina e conf. triennali. Scad. 10 apr. Rivolgersi Segreteria, via Arenella 6.

PIACENZA. *R. Prefettura.* — A tutto 30 aprile, uff. san. medico capo del capoluogo; Stip. lire 17.000 e 5 aum. triennali ed uno successivo ed ultimo quinquennale, tutti di un decimo; indenn. carica L. 3000. Riconoscimento di un terzo servizi prestati. Documenti e domande alla R. Prefettura.

REGGIO CALABRIA. *Amministrazione Provinciale.* — Il concorso per direttore e due assistenti per la Sez. Medico-Micrografica e Sez. Chimica del Labor. Prov. di Igiene e Profilassi è prorogato al 5 aprile 1929. Stipendi rispettivamente: lire 16.000, L. 13.700, L. 11.600; oltre indenn. serv. attivo e caro-viveri. Per chiarimenti rivolgersi locale Segreteria.

ROMA. *Governatorato.* — È prorogato il concorso a medico direttore dell'ufficio d'igiene e sanità e sono revocati il bando di concorso e ogni altro atto precedente o successivo inerente allo svolgimento del concorso.

S. GIOVANNI ROTONDO (*Foggia*). — Scad. 31 mar.; L. 8500 e 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

S. ALFIO (*Catania*). — Scad. 31 mar.; L. 9000 e 4 quinquenni dec.

SAVIGNONE (*Genova*). — L. 8400 e indenn. mezzo trasp. Scad. 31 mar.

TRIESTE. *Amministraz. Provinc.* — Medico primario di I Classe dell'Ospedale Psichiatrico « A. di S. Galatti »; L. 15.000 e 2 quadrienni di L. 2000 oltre L. 2400 serv. att.; alloggio (obbligatorio) senza mobili o cam. mobiliata; biennio di prova; età lim. 35 a.; doc. a 2 mesi dal 21 feb.; tassa L. 50. Scad. ore 16 del 26 mar. Rivolgersi Segreteria della Provincia. Chied. ann.

TRIPOLI. *Municipio.* — Condotta; L. 8200; indennità resid. L. 4100; 5 quadrienni dec.; c.-v.; se conoscenza lingua araba L. 1000. Età lim. 25-35 a. (per i concorrenti in servizio di altre amministrazioni pubbliche del Regno o delle Colonie il lim. mass. è elev. a 50 a.). È consentito l'esercizio libero. Cittadin. ital. od ital.-libica. Tassa L. 50,10, al Tesoriere. Doc. a 3 mesi dal 30 gen. Assicuraz. Spese di viaggio anche per la fam.; 90 giorni di congedo ogni biennio. Docum. all'Ufficio di Segreteria entro il 15 apr.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Sono trasferiti i proff.: Lotti Carlo, di patologia medica, da Cagliari a Pisa; Preti Luigi, di patologia medica, da Catania a Parma; Riquier Giuseppe, di clinica delle malattie nervose e mentali, da Sassari a Bari.

Alla cattedra di psichiatria dell'Università di Bonn è stato chiamato il prof. Georg Stertz di Kiel, al posto del prof. A. Westphal.

Alla direzione dell'Istituto anatomico di Basilea, quale successore del prof. Corning, è stato chiamato il prosettore prof. Eugen Ludwig.

Il prof. Otto Goetze, di chirurgia a Francoforte, è chiamato all'Università di Erlangen.

Alla direzione della Policlinica di Marburgo, in seguito alla morte del prof. Edward Müller, sono stati proposti: 1) Bohnenkampf di Würzburg; 2) Kauffmann di Berlino e Klewitz di Königsberg; 3) Mobitz di Friburgo e Paul Schenk di Marburgo.

A reggere il Comitato di Milano della Croce Rossa Italiana, cessata la gestione straordinaria, sono stati chiamati: il conte Febo Borromeo presidente, i signori cav. uff. Amos Argenti, comm. Claudio Armani, prof. Carlo Baslini, sen. Senatore Borletti, comm. Silvio Monti, comm. avv. Gian Marco Vezzoli, consiglieri.

Il prefetto di Alessandria, comm. dott. Giovanni Selvi, ha consegnato all'on. sen. Teresio Borsalino, noto e benemerito industriale, la medaglia d'oro « al merito della Sanità pubblica », conferitagli dal Governo Nazionale per la munifica, spontanea elargizione di quattro milioni che l'illustre uomo, sempre conscio delle necessità locali, ha messo a disposizione per il costruendo Tubercolosario di Alessandria.

Dei tre concorsi banditi dalla « Rivista di terapia moderna e di medicina pratica », due, riguardanti rispettivamente la Forgenina e la Genetina, sono stati chiusi, con la aggiudicazione dei premi per complessive lire ventimila. La Commissione era costituita dai proff.: E. Alfieri, C. Cattaneo, on. U. Gabbi, V. Massarotti, A. Pasini, O. Rossi, A. Valenti. I vincitori dei premi sono stati graduati in quattro categorie, con premi rispettivamente di L. 2000, L. 1000, L. 500, L. 300; sommano a ventitrè i lavori premiati. Vennero premiati nella prima categoria il dott. V. De Filippis della R. Clinica Medica di Parma, il dott. A. Piro dell'Istituto di Farmacologia della R. Università di Napoli, il dott. C. Roi del Brefotrofio Provinciale di Verona.

È imminente la assegnazione dei premi (altre L. 10.000) per il terzo concorso, riguardante « Rivendicazioni scientifiche Italiane ».

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Firenze.

La solenne inaugurazione dell'anno accademico alla Scuola di Applicazione di Sanità Militare.

Venerdì 1° marzo alle ore 18 nell'Aula Magna della Scuola d'applicazione di Sanità Militare in Firenze si è inaugurato solennemente il nuovo anno accademico per il Corso allievi ufficiali medici e chimici-farmacisti di complemento, alla presenza delle Autorità Militari con a capo il Comandante designato d'Armata S. E. il sen. Montanari, delle autorità politiche con a capo S. E. il Prefetto, il Podestà ed il segretario federale del P. N. F., delle autorità ecclesiastiche con a capo S. E. il Cardinale, delle autorità accademiche con a capo il prof. Burci, rettore magnifico della R. Università.

Per il primo ha preso la parola il prof. Alfredo Bucciante, colonnello medico, direttore della Scuola, il quale, dopo aver annunciata la imprevista assenza dell'oratore ufficiale, prof. Arturo Castiglioni della R. Università di Padova, ha intrattenuto l'uditorio sui nuovi compiti e sui nuovi indirizzi della Scuola di Sanità Militare che, data l'attuale obbligatorietà di frequenza per tutti i nuovi laureati in medicina e chimica, finisce per costituire una specie di cabina centrale posta tra le varie Università e la Nazione.

Dopo aver accennato a Firenze, sede ideale per la formazione del medico militare anche per la saggezza degli ordinamenti, che prima degli altri Comuni adottò fino dai tempi di Giano della Bella, ha riaffermato la necessità per i medici dell'orgoglio professionale, dell'amore alla propria arte, dell'amore alla Patria, ricordando che anche in questo, Ippocrate fu Maestro per i secoli.

Quindi il generale Riva comm. dott. Umberto, Ispettore medico capo della Sanità Militare, ha rivolto agli allievi il saluto augurale della suprema Autorità. Il Comandante designato d'Armata S. E. il sen. gen. Montanari, con alata parola, ha ricordato i doveri militari e civili dei futuri ufficiali medici e chimici-farmacisti del Corpo Sanitario, che devono nello stesso tempo essere soldati, uomini di scienza ed uomini di cuore. La importante massa dei 600 allievi e dei moltissimi convenuti acclama in piedi al Re e alla Patria.

La solenne cerimonia si è chiusa con una interessante proiezione cinematografica degli avvenimenti più salienti dell'ultimo corso degli allievi ufficiali medici e chimici-farmacisti.

A. P.

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso Internazionale di Oftalmologia.

Ricordiamo che si terrà a La Aja dal 5 al 13 settembre.

Si prega di provvedere al più presto possibile per le iscrizioni. Chi intende fare delle comunicazioni deve farne pervenire un sunto al segretario generale non oltre il 1° giugno. Le domande per le iscrizioni e per le tessere vanno indirizzate al segretario generale, prof. dott. W. P. C. Zeeman, Wilhelmina Hospital, Amsterdam, Olanda. Le quote d'iscrizione, in 25 fiorini olandesi (200 lire circa), devono inoltrarsi al tesoriere dott. H. M. Roelofsz, Incassobank, Heerengracht 531, Amsterdam (Olanda).

Il *Concilium Ophthalmologicum*, che organizza il Congresso, è presieduto da J. Van der Hoeve.

Congresso francese di Stomatologia.

Il prossimo Congresso francese di stomatologia si terrà a Parigi dal 22 al 29 ottobre, sotto la presidenza del dott. Rousseau-Deulle. Temi: « le setticemie bucco-dentali », relatori Thibaut e Raison; « trattamento chirurgico delle infezioni della regione periapicale; raschiamento e resezione », relatore Lacronique. Verrà discusso anche il problema della profilassi della carie dentale. Segretario generale: dott. Leclercq, boulevard de la Madeleine 9, Paris (8e).

Riunione per lo studio dei tumori.

Ha avuto luogo in Torino una riunione scientifica per lo studio dei tumori. Presiedeva il sen. Pescarolo e vi hanno preso parte il prof. Fichera, direttore dell'Istituto del cancro di Milano, e molti studiosi della città e della provincia.

La discussione più importante, alla quale sono intervenuti, oltre agli oratori iscritti, i professori Pescarolo, Donati, Micheli e Fichera, è stata quella che si riferisce alle varie esperienze e ai sistemi suggeriti per il trattamento dei tumori con preparati di piombo, terapia introdotta dal Blair-Bell di Liverpool.

Un Istituto Nazionale per l'assistenza ai grandi invalidi del lavoro.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato uno schema di provvedimento per la creazione di un « Istituto nazionale per l'assistenza ai grandi invalidi del lavoro ».

Il nuovo Ente avrà personalità giuridica e sede in Milano.

I suoi scopi saranno: il ricovero, la cura, l'assistenza sanitaria ortopedica e protetica, la rieducazione professionale, ed in genere ogni altra forma di tutela a favore dei grandi invalidi del lavoro, riconoscendosi come tali coloro che, in conseguenza di infortunio sul lavoro o di malattia professionale, abbiano subìto una inabilità permanente che ne riduca la capacità lavorativa normale di almeno quattro quinti.

Per il raggiungimento degli scopi suddetti l'Ente, oltre a servirsi dei propri Istituti di ricovero e di cura, potrà stipulare apposite convenzioni con la Cassa nazionale d'assicurazione per gli infortuni sul lavoro, con l'Opera nazionale per la pro-

tezione e l'assistenza degli invalidi di guerra e con altri Enti forniti di mezzi idonei.

L'erigendo Istituto trarrà i suoi mezzi finanziari prevalentemente da contributi obbligatori, posti a carico degli Istituti assicuratori autorizzati ad esercitare l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro nell'industria e nell'agricoltura.

Con questo provvedimento che, mentre risponde ai voti emessi dalla VII Conferenza Internazionale del Lavoro di Ginevra, s'inquadra fra quelli che la dichiarazione XXVII della Carta del Lavoro preconizzava ad integrazione della vigente assicurazione per gli infortuni, si fa ancora un passo nell'attuazione dei mezzi che mirano a difendere la capacità lavorativa degli operai ed a curarne, fin dove sia possibile, la reintegrazione.

Per un manicomio nel New Jersey.

Il Dipartimento per gli istituti di assistenza e beneficenza dello Stato di New Jersey ha stanziato 4 milioni di dollari, pari a circa 80 milioni di lire it., per la costruzione di un Ospedale psichiatrico capace di 2000 ricoverati ed ha acquistato l'area di Mickatunk, sulla ferrovia Freehold-Matawan. La prima pietra verrà collocata il 1° luglio prossimo.

Per le ricerche mediche negli Stati Uniti.

I coniugi George H. Ross e signora, di San Francisco, hanno donato all'Università di California la somma di 100.000 doll., pari a circa 2 milioni di lire it., in memoria dei genitori della signora Ross, J. J. e Nettie Mack; quel fondo dovrà essere adibito, dalla Facoltà Medica, allo studio del cancro e di altre malattie chirurgiche del seno. La Fondazione Hooper collaborerà in tale studio.

*
* *

La grande Compagnia d'assicurazioni « Metropolitan Life Insurance Company » ha nominato una commissione per lo studio dell'influenza; essa è presieduta dal dott. M. J. Rosenau, professore d'igiene alla « Harvard Medical School » di Boston. A tale uopo la Compagnia ha messo a disposizione della Commissione la somma di 10.000 dollari, pari a circa 200.000 lire it.

*
* *

Il sig. D. Cates di Winnetka, Stati Uniti, ha stanziato, per i prossimi 5 anni, 25.000 dollari l'anno, pari a circa mezzo milione di lire italiane l'anno, allo scopo di promuovere gli studi sulla chirurgia neurologica, con particolare riguardo ai tumori cerebrali. Gli assegni saranno corrisposti al dott. C. H. Naffziger, professore di clinica chirurgica all'Università di San Francisco, al quale è affidata la direzione delle ricerche.

Per l'Ordine dei medici in Francia.

L'on. X. Vallat e parecchi suoi colleghi hanno presentato due progetti di legge che tendono ad attuare in Francia l'Ordine dei medici e quello dei farmacisti, i quali sarebbero modellati su quello degli avvocati.

In ogni circoscrizione giudiziaria i medici costituirebbero un ordine sottoposto ad una regolamentazione, prevista nei due progetti. Ogni ordine sarebbe amministrato da un Consiglio che a Parigi comprenderebbe 24 membri e nelle province da 6 a 15. Il Consiglio dell'Ordine perseguirebbe e reprimerebbe le infrazioni e le colpe commesse dai medici e applicherebbe delle pene disciplinari, di quattro gradi: 1) ammonizione; 2) biasimo; 3) interdizione temporanea; 4) radiazione. L'appello del medico sarebbe portato innanzi ad un Consiglio medico regionale, stabilito per ogni circoscrizione di Facoltà o di Scuola medica.

L'amministrazione del patrimonio dell'Ordine, il contenzioso, le elezioni, la procedura disciplinare, le forme e le regole dei ricorsi, sarebbero regolate dalle disposizioni del decreto 20 giugno 1920 sull'esercizio della professione d'avvocato, le quali sarebbero dichiarate comuni all'Ordine dei medici ed a quello dei farmacisti.

La pratica della medicina per gli stranieri in Francia.

I periodici medici francesi si occupano di un decreto pubblicato sul « Journal Officiel » del 1° settembre 1928, il quale facilita l'esercizio della medicina agli stranieri.

In Francia il diritto ad esercitare la medicina viene conferito dal « diplôme d'état », il quale si rilascia solo a chi abbia compiuto gli studi secondari in un liceo francese, conseguendo il relativo « baccalauréat ». Agli stranieri che abbiano seguito altri corsi secondari, si rilascia un « diplôme d'université », il quale viene generalmente riconosciuto nel loro paese d'origine, ma non abilita alla pratica della professione in Francia.

Il decreto suddetto facilita molto la conversione del « diplôme d'université » in diplôme d'état », allo scopo di allettare sempre più gli stranieri a compiere in Francia i loro studi, il che costituisce un mezzo efficace di propaganda politica. Se non che, i sindacati medici, ai quali fa eco la stampa professionale, sollevano delle proteste, in quanto viene ad aumentare il numero degli esercenti, mentre già si soffre e si è preoccupati per la pletora medica. Il danno risulta tanto maggiore, in quanto i medici stranieri che eleggono dimora in Francia sogliono preferire le città — ove è maggiore la sovrabbondanza di medici — per formarsi una clientela nella colonia straniera più ricca; mentre una relativa deficenza di medici si ha tuttora nelle campagne.

Ai Periodici Medici Italiani.

L'Ufficio Stampa Medica Italiana (U. S. M. I.) (via Vallazze 39, Milano) ha diramato la seguente circolare:

Come già è stato pubblicato in varii giornali, sarà effettuata durante la prossima « Fiera di Milano » una « Mostra della Stampa Medica Italiana », che comprenderà possibilmente tutti i periodici medici che attualmente si pubblicano in Italia.

Specialmente in occasione della « Giornata Medica » (16 aprile) sarà bene che i medici italiani, che converranno a Milano, prendano visione della vasta e varia produzione della Stampa Medica Nazionale.

Un apposito Stand sarà riservato alla « Stampa Medica Italiana »; la quale, anche se avrà la propria Mostra del tutto modesta, potrà tuttavia documentare, con il grande numero, e sovratutto

con l'alto valore dei proprii periodici di ciascuna disciplina medico-chirurgica e biologica, la propria vitalità ed importanza.

Sarà tenuto presente, come prezioso ammaestramento, quanto risultò dalla « I Mostra del Giornale Medico Italiano », genialmente ideata e diretta dall'on. prof. U. Gabbi, con alto spirito di civismo e di « italianità », ha accettato di presiedere il « Comitato Tecnico », costituito da personalità eminenti, le quali, a loro volta, assumeranno cortesemente di sovraintendere alla raccolta di tutti i periodici appartenenti alla branca in cui ciascuno è particolarmente versato.

La « II Mostra Stampa Medica Italiana » resterà estranea ad ogni valutazione di merito e di graduatoria dei singoli periodici; e, pure tenendo presente la possibilità di prossime modificazioni nella Stampa Medica Italiana, quali sono state autorevolmente annunziate, avrà lo scopo, già approvato e lodato dalle superiori gerarchie, di una affermazione in generale della « Stampa Medica Italiana » di fronte al grande pubblico.

Preghiamo pertanto volerci mandare qualche annata, completa e rilegata, di codesto periodico, perchè esso possa degnamente figurare alla Mostra.

Non fissiamo alcuna tassa di iscrizione, poichè l'U. S. M. I. sosterrà tutte le spese inerenti alla organizzazione della II Mostra S. M. I. Se però codesto periodico intende contribuire in qualche modo, saranno accettate le offerte, anche modeste, a titolo di « rimborso spese »; ed esse offerte saranno destinate a qualcuna delle iniziative per le quali sono aperte sottoscrizioni fra i medici italiani.

(Su proposta espressaci dall'on. prof. Gabbi, i volumi di annate dei periodici medici mandati alla Mostra saranno, a Mostra chiusa, dati in omaggio al « Comitato Nazionale delle Ricerche »).

P. l'U.S.M.I. - Il Segret.-Amministr.:
FRANCESCO BECCI.

Nella stampa medica.

Ha iniziato le pubblicazioni la « Rassegna di Terapia e Patologia clinica », diretta dai proff. P. Marfori e F. Galdi; redattore-capo ne è il prof. L. Condorelli. Ha periodicità mensile. Ne è editore V. Idelson di Napoli.

Scopo del periodico è di mettere in rilievo, presso il pubblico medico, la produzione scientifica nel campo terapeutico, per quanto riguarda la terapia generale, i farmaci propriamente detti, la dietetica, la creno e la climatoterapia e altri mezzi di cura. Poichè i problemi terapeutici non possono intendersi e risolversi senza gl'intimi rapporti con la patologia e la clinica, si è pensato di estendere il campo alle ricerche ed alle osservazioni di patologia clinica, che abbiano maggiore attinenza con la terapia.

Auguri cordiali.

L' Unione Medica Latina.

L'« Umfia », divenuta « Unione Medica Latina » in seguito all'entrata dell'Italia, della Romania, del Canadà e della Svizzera romanda, ha tenuto la sua assemblea generale il 12 gennaio.

Alla presidenza è stato nominato il dott. Dartigues; il rappresentante dell'Italia, dott. Guelpa, figura tra i vice-presidenti; segretario generale è il dott. Molinéry. Alla « giovane Umfia » fu eletto presidente il dott. Baillis, interno degli Ospedali; segretario generale la sig.na Suz Roule, studentessa in medicina.

Il " Salon des Médecins „ a Parigi.

Per la decima volta, la Mostra artistica dei medici sarà aperta a Parigi dal 21 al 30 aprile, nei locali del « Cercle de la Librairie » (boulevard Saint-Germain 117). Medici, farmacisti, veterinari, odontoiatri, studenti e le loro famiglie, sono invitati ad esporre le proprie opere di pittura, scoltura, incisione e decorative.

Per qualsiasi informazione rivolgersi al segretario organizzatore, Dr. Paul Rabier, rue Lecourbe 84, Paris (XVe); unire francobollo internazionale per la risposta.

Il viaggio estivo di " Bruxelles-Médical „.

Le iscrizioni per il viaggio « oltre il circolo polare artico », organizzato da *Bruxelles-Médical*, hanno già raggiunto la cifra di un centinaio. Tra le altre, va segnalata quella del vecchio comandante barone de Gerlache de Gomery, il primo uomo che, con i suoi compagni di esplorazione della « Belgica », abbia svernato sui ghiacci dell'Antartide: è stato il maestro di Amundsen. Di lui il geografo Réclus dice « il suo nome dovrà trasmettersi di generazione in generazione ».

Il prof. Torti.

Il prof. comm. Alfonso Torti, che per molti anni ha diretto il Policlinico Umberto I, assolvendo l'importante cómpito con zelo ed alta comprensione dei suoi doveri, ha chiesto il collocamento a riposo.

Il commissario, gr. uff. Cotta, ha dovuto con dolore accogliere la domanda. Egli ha conferito al prof. Torti, per il lungo e segnalato servizio, il titolo di direttore onorario degli Ospedali di Roma ed una medaglia d'oro di benemerenza, appositamente coniata.

A succedere al Torti è stato chiamato l'illustre prof. Giulio Galli, primario medico allo stesso Nosocomio: egli saprà assolvere degnamente l'alto compito.

Elargizione del prof. Vitali.

Il prof. Fabio Vitali, primario medico dell'Ospedale Civile di Venezia, ha elargito all'Ospedale stesso titoli del consolidato per una rendita di L. 2500, onde formare un premio annuale per la migliore pubblicazione scientifica su temi che verranno designati, con preferenza per la medicina. Il presidente dell'Ospedale, gen. Giuseppe Giuriati, gli ha rivolto una lettera significativa di plauso e di ringraziamento.

In occasione della conferma per un altro quinquennio del prof. Vitali a primario dell'Ospedale, gli è stato offerto un sontuoso banchetto.

Il prof. von Pirquet.

Secondo la perizia di una Commissione medicolegale, la morte del celebre pediatra e della sua signora, di cui demmo notizia nello scorso numero, fu dovuta ad avvelenamento da cianuro di potassio.

Si crede trattarsi di un doppio suicidio.

Per l'eugenica in Svizzera.

E' stata presentata al Parlamento svizzero una proposta di legge nei seguenti termini: « Allorchè è provato che una persona colpita da malattia mentale o da infermità mentale riconosciuta incurabile non può avere che una discendenza minorata, questa persona può essere oggetto di misura di ordine medico per impedire la sopravvivenza della prole. Tuttavia queste misure non potranno essere ordinate che mediante preavviso conforme di due medici e colla decisione del Consiglio di Sanità ».

Contro gli spacciatori di stupefacenti.

Un gruppo di deputati del Canadà ha presentato, alla Camera dei Comuni, una proposta di legge che ristabilirebbe la pena corporale: commina la fustigazione agli spacciatori di stupefacenti. La motivazione è che lo spacciatore di queste droghe è da considerarsi più pernicioso di qualunque assassino.

Contro la coltivazione dell'oppio in Grecia.

Il Governo greco ha respinto una domanda di coltivatori del Peloponneso diretta ad attivare la piantagione del papavero per la produzione dell'oppio.

Il proibizionismo negli Stati Uniti.

Il Senato americano ha approvato con 65 voti favorevoli e 18 contrari un progetto di legge presentato dal senatore Jones col quale si aumentano le pene ai violatori della legge del proibizionismo. Colle nuove disposizioni le pene sono portate a 5 anni di carcere, oppure a 10.000 dollari, oppure vengono applicate tutte e due insieme per coloro che fabbricano e spacciano illegalmente liquori.

La mortalità in rapporto alle età.

La mortalità infantile, elevata nel primo e nel secondo anno di vita, scende rapidamente fino a un minimo che si verifica a tredici anni. Da questo punto la mortalità riprende a salire, e cresce continuamente col crescere dell'età. Fa eccezione solo il fatto che per i maschi fra i 20 e i 25 anni la mortalità presenta un massimo relativo.

Oltrepassata l'età di 35 anni, il peggioramento per entrambi i sessi si accentua bruscamente, e sempre più, verso i 55 ed i 60 anni. La mortalità infantile è sensibilmente maggiore per i maschi, ma già verso i 20 anni di età tale differenza scompare o tende addirittura ad invertirsi. Indi, fin verso i 40 anni, la mortalità si mantiene alquanto più elevata fra le femmine, ad eccezione che nel già citato periodo di alta mortalità per i maschi fra i 20 e i 25 anni. Nella età senile la mortalità torna ad essere minore per le femmine.

Questi i dati che risultano al Ministero dell'Interno.

Un'età eccezionale.

L'ufficio d'igiene pubblica di Sacramento (California) ha reso noto che il certificato di morte della signora Reyes Cota reca l'età di 130 anni.

La calligrafia dei medici.

In Norvegia è andata in vigore una opportuna legge, la quale impone che le ricette mediche siano scritte con calligrafia intellegibile non solo dai farmacisti, ma anche dal pubblico.

ENRICO MORSELLI

Egli si gittava nell'agone scientifico neanche trentenne, pieno di entusiasmo per la psichiatria, che aveva appreso nei manicomi di Macerata, di Reggio e di Torino. Il momento era propizio perchè finalmente si cominciava, e da pertutto, ad analizzare con metodo scientifico l'organo cerebrale nella sua struttura, nelle sue funzioni, nelle sue manifestazioni normali e morbose. Morselli comprese che i fenomeni della psiche umana dovevano studiarsi non solo per la via dell'introspezione, ma anche nelle loro manifestazioni esteriori. Erano già nella loro aurora la psicofisica di Fechner, la fisiologia psicologica del Wundt; e grazie agli studi di Donders e di Holmholtz veniva squarciato il velo di Iside che copriva i misteri del fondo oculare. Intanto le ricerche sulla compagine chimica del cervello permettevano ad Jacopo Moleschott di sentenziare che senza fosforo non vi è pensiero e che l'uomo è quello che mangia (*der Mensch ist war er isst*) e Cesare Lombroso, ricercando le stigmate morfologiche e le anomalie psichiche dell'uomo delinquente, rendeva pensosi quanti ciecamente giuravano sul libero arbitrio. Morselli non poteva rimanere al di fuori di questo movimento e lo attestano i suoi primi studi sperimentali fatti, senza mezzi e con sacrifici personali, insieme al suo indimenticabile compagno di studi, il siciliano Buccola. D'allora non vi fu sintoma psicopatico, non anomalia del cranio che gli passasse inosservato: il suo acume nell'arte del ragionare si rivelava nelle Memorie, nelle Riviste e nei suoi libri, fra i quali non deve passare sotto silenzio quella del *Suicidio* che, data a luce nel 1880, nella epifania della sua carriera, si può paragonare ad un vero *miliarum aureum* dell'argomento. E già egli si sentiva capo-scuola e dalla sua penna uscivano di tanto in tanto manuali e trattati, che portavano ad ogni piè sospinto l'impronta personale. Sia qui ricordato il *Manuale di semeiotica delle malattie mentali* che anche oggi tu potresti rileggere meglio di qualche altro, e con frutto. È di pochi lustri il volume sulle neurosi traumatiche, guida indispensabile per chiunque si trovi in imbarazzo nei difficili giudizi, che i Magistrati oggi più che mai pretendono da noi. Libro scritto con eleganza di lingua, quale si ammira anche nelle numerose sue perizie psichiatrico-forensi, vere e proprie monografie traboccanti di sapere e di dialettica.

Eppure, anche in mezzo alle tenaglie della praxis dalla quale traeva la materia dello scrivere, lo assillava — vera idea dominante — il problema della genesi della psiche dell'uomo e degli animali. Chi ha desio di apprendere quali fossero le dottrine su questo spinoso problema, legga quanto il Morselli riuscì a raccogliere nel suo volume sull'Antropologia, e non tremi — oggi che il misticismo ci sta disgraziatamente infettando — non tremi, dico, nel leggere le sue dottrine monistiche alle quali rimase fedele *usque ad mortem*. Poichè non soltanto l'esposizione nuda dei fatti, ma la conoscenza della legge della logica rivelavano la mente moderna che vuole in tutte le manifestazioni dello spirito umano libero l'esame e più libera la coscienza. Questo indirizzo si appalesa anche più chiaramente nel suo li-

bro sui fenomeni medianici che in lui, appassionato sperimentatore, trovava finalmente la persona che seppe, provando e riprovando, discriminare il loglio dal grano. Attraverso il crogiuolo della sua logica i movimenti dei tavoli e tutta quella serie di fatti metapsichici che gli uni attribuivano a forze trascendentali, altri ad anime vaganti e perfino a spiriti demoniaci, vengono ridotte con mirabile semplicità (*simplex sigillum veri*) a semplici fenomeni sottoposti alle leggi della fisica. Nessun paese può vantare un volgarizzatore così preciso, un apostolo così convinto delle forze autonome della materia.

Coltura e profonda pratica nella palestra dialettica lo rendevano sempre pronto a discutere i quesiti psicologici più ardui. E non è quindi meraviglia che egli discutesse a fondo, in un libro a parte, lo spinoso problema della psicanalisi. Eppure le lotte inevitabili in siffatte dottrine non rendevano mai velenosi gli aculei della sua penna. Lo scetticismo con cui è stato non oltre Alpi, ma purtroppo da noi, un dottrinale che ci ha insegnato a ricercare con metodo quasi sperimentale le leggi del subcosciente, non lo poteva lasciare indifferente, sia pure negli anni della vecchiaia. Altri avrebbe esposto, facendo pompa di erudizione letteraria, quanto pro e contra si è stampato su questa parte della psicologia, che, attraverso i sintomi morbosi si riuscirà forse a comprendere, Morselli ha preferito di discutere, presago delle amare risposte che gli apostoli del Freudismo non gli avrebbero risparmiato. Eppure, signore nell'arte dello scrivere, e misurando le cose, come il filosofo greco, conosceva i poli fra i quali oscillare. Tale era pure nel discorrere; poichè, alieno dall'arte oratoria, maneggiava con tanta fluidità la lingua italiana che, ascoltando le sue parole, ritornava alla memoria il verso del poeta: « come mel dolce d'eloquenza i fiumi ».

I suoi studi e il suo temperamento lo tennero felicemente lontano da intrighi bizantini. Perciò il mondo ufficiale non gli tributò onori, ai quali da tempo avrebbe avuto diritto, ma che rifuggì, come oggi non è più costume, dal mendicare. Gli è che ebbe sì, come ogni uomo d'ingegno, la capacità di adattarsi, ma, pur combattendo senza odio — *chevalier sans peur et sans reproche* — difese a viso aperto, ma senza imporli, i suoi principii. Ecco perchè gli era cara la sentenza che anche io udii dal nostro maestro Moleschott: fallibili siamo tutti, più di ogni altro coloro che si vantano ma non si credono infallibili. Ignaro del sentimento dell'invidia, la cercò soltanto con il suo assiduo lavoro (*quaero invidiam*, è scritto sul frontone di una casetta di Hildesheim) e conobbe perciò avversarii, non nemici. Oggi la Psichiatria italiana cerca invano un successore di Morselli. Ciò malgrado, non è spenta la face del positivismo scientifico che — al pari di ogni cosa fondata sulla natura — non tarderà a riprendere il suo antico splendore.

G. MINGAZZINI.

Con profondo rammarico registriamo le morti di parecchi insigni sanitari:

BARDUZZI gr. uff. prof. DOMENICO, diresse a lungo la R. Clinica dermosifilopatica di Siena;

MAJOCCHI gr. uff. prof. DOMENICO, diresse a lungo la R. Clinica dermosifilopatica di Bologna. (Ci riserviamo di dare prossimamente le biografie dei due insigni dermatologi);

PREDIERI prof. ALESSANDRO, chirurgo primario dell'Ospedale Civile di Pavia, ideatore di metodi originali per la cura radicale delle ernie e dell'epilessia jacksoniana da ferite di arma da fuoco, autore di un « Compendio di traumatologia »;

CIANCI prof. CARMINE, direttore dell'Istituto di rigenerazione e assistenza ospedaliera esterna presso la Pia Opera del Purgatorio ad Arco;

FOCHESSATI prof. ALESSANDRO, che ha diretto l'Ospedale Civile di Venezia.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Gaz. d. Hôp., 23 gen. — R. LERICHE e R. FONTAINE. Compito del ganglio stellato nel determinismo dell'angina di p.

Brit. Med. Journ., 26 gen. — C. A. R. NITCH. Ingrossamento benigno della prostata.

Lancet, 26 gen. — R. KENNON. Le « dita malate » e simili inezie. — A. B. PAVEY-SMITH. Tonsillectomia nelle artriti croniche.

Morgagni, 20 gen. — R. DE NUNNO. Colecistochinetici.

Edinb. Med. Journ., feb. — J. ROBERTSON. Zone limiti tra medicina preventiva e curativa. — D. M. LYON e W. L. LAMB. Sulla cura della polmon. lob.

Arch. f. Sch.- u. Tr.-Hyg., feb. — G. BUSS. Vaccino anti-Leishmania. — R. REITLER. Varietà di parassita quartanario.

Münch. Med. Woch., 1 feb. — SCHÖNFELD. Il liquor in dermatologia. — RICHTER. Azione dei raggi U. V. nel trattam. specifico della lue. — KONDOLEON e JOANNIDES. Complicazioni chirurgiche della dengue.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 gen. — Numero sulle « cellulalgie ».

Wien. Klin. Woch., 31 gen. — PÖTZL. Rapporti biologici della psichiatria clinica. — TIRALA. Ipertonia e respiraz.

Mediz. Klinik, 1 feb. — F. W. STEIN. Ipertonia nervosa: malattia costituzionale.

Riv. Sanit. Sicil., 1 feb. — G. PULEO. Tbc. mammaria bilaterale.

Acta Med. Scandin., I. — O. J. NIELSEN. Azione dei derivati acridinici sullo zucchero del sangue.

Ann. di Med. Nav. e Col., nov.-dic. — B. DE VECCHI. Splenomegalie ad « aree di Gamna ».

Journ. de Méd. de Bordeaux, 30 gen. — P. MAURIAC. Patogenesi del diabete.

Ann. di Ostetr. e Gin., 31 gen. — E. ALFIERI. Per la lotta contro il cancro delle ovaie. — L. CATTANEO. Indagine urologica in ginecol. — E. DEBIASI. Le piastrine nelle affezioni settiche puerperali.

Journ. A. M. A., 19 gen. — A. S. GIORDANO e M. ABLESON. Infezione da « Brucella abortus » nell'uomo. — N. C. GILBERT e J. A. KERR. Trattam. dell'angina pectoris con diuretici delle basi puriniche.

Amer. Journ. of Obst. a. Gyn., gen. — J. JARCHO. Modificazioni leucocitarie nel parto e nel puerperio. — M. SCHULZE. Travaglio « secco » — B. S. KLINE. Reazione deciduale nella gravid. extrauterina.

Ann. de l'Inst. Pasteur, gen. — S. Nicolau e al. Settinevriti da ultravirus neurotropi. — G. Sanarelli e G. Pergher. Patogenesi delle spirochetosi itterogene.

Arch. d. Mal. du Coeur, ecc., feb. — L. Langeron. Il flutter a 1:1. — R. Sankovic e V. Arnoljevic. L'angolo di relazione della punta del cuore in seguito a superpressione nell'emitorace sin. — C. Lian e C. Vidrasco. Illogismi della termilogia elettrocardiografica.

Presse Méd., 6 feb. — H. Vaquez e al. Surraneloma ipertensivo. — Tavernier e Chappoux. Giocatori di foot-ball operati per una lesione del menisco del ginocchio.

Medic. Ibera, 9 feb. — J. Duark. Eziologia dell'osteospongiosi.

Riv. di Cl. Pediatr., gen. — P. Bosio. Anemia tossica in lattante al seno di madre affetta da elmintiasi con anemia. — E. Inglessi. Endodermoreazione di Trambusti.

Rev. de Méd., 7. — E. Trémolières. Diagnosi delle splenomegalie cron.

Revue Neurol., gen. — G. Soderbergh e E. Sjovall. Sclerosi laterale amiotrofica post-traumatica con reaz. miodistonica. — C. Dubois. Tic linguale d'origine verisimilm. post-encefalitica. — A. Austregesila e J. V. Colares. Siringobulbia.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 3 feb. — L. Moretti. Emorragia cerebellare.

Paris Méd., 2 feb. — Numero di radiologia.

Minerva Med., 10 feb. — G. Scaglia. Morfologia e patogenesi del morbo di Duroziez.

Journ. Trop. Med. a. Hyg., 1 feb. — R. Stanziale. Tellurioterapia nella lebbra.

Quarterly Journ. of Med., gen. — J. Hay e W. H. Evans. Leucemia eosinofila acuta ed eritro-leucemia eosinofila. — R. T. Brain e H. D. Kay. Nuovo saggio della funzione renale. — J. Cowan. Cause della fibrillazione auricolare. — L. C. Hill. Albuminuria febbrile.

Brit. Med. Journ., 9 feb. — G. Grey Turner. Sintomi non comuni nella dilatazione prostatica.

Mediz. Welt., 9 feb. — O. Thomsen. Ereditarietà e gruppi sanguigni. — E. Sachs. Trattamento delle emorragie ostetriche.

Mediz. Klinik, 8 feb. — W. Fritz. Paranefriti. — L. Freund e L. Hofmann. Luce e udito.

Münch. Med. Woch., 8 feb. — Pette. Infezioni acute e sistema nervoso.

Wien. Klin. Woch., 7 feb. — Fürth. Vie e scopi della ricerca biochimica.

Deut. Med. Woch., 8 feb. — Adler. Psicologia individuale nella dottrina delle neurosi. — Ochsenius. Sintoma precoce della meningite tbc.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., feb. — W. Malamud e K. Lowenberg. Compito dei capillari cerebrali nella patogenesi della paralisi gen. — J. F. Fulton e P. Bailey. Tumori nella regione del 3° ventricolo. — S. E. Jeliffe. Crisi oculogiree postencefalitiche.

Zbl. f. Chir., 9 feb. — E. Stande. Torsioni dell'appendice vermiforme. — S. D. Chachutow. Metodi per l'allungamento degli arti infer.

Soc. d. Hôp., 4 feb. — C. Aubertin e M. Poumailloun. Spirochetosi ittero-emorrag. mortale d'origine idrica. — P. Merklen e al. Diabete con crisi d'ipoglicemia a ripetizione.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. Ascoli, Red. resp.

RIVISTE SPECIALI concesse agli associati al "Policlinico" in abbonamento cumulativo pel 1929.

Gli associati al « Policlinico », a qualunque Serie siano essi abbonati, coll'aggiunta di sole: L. **30** per l'Italia anzichè L. **36** L. **45** per l'Estero anzichè L. **55** potranno ricevere i fascicoli che si pubblicheranno durante l'anno 1929 di **una** delle quattro seguenti nostre Riviste **di specialità**:

CUORE E CIRCOLAZIONE

Continuazione de **"Le malattie del cuore e dei vasi"**

periodico mensile illustrato diretto da VITTORIO ASCOLI, Clinico Medico di Roma

Redattore Capo: CESARE PEZZI

Ogni fascicolo si compone di 44-48 pagine di testo distinto in 3 parti: a) lavori originali, lezioni e conferenze; b) rassegne, riviste e congressi; c) notizie bibliografiche.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 36; Estero L. 55; Un num. sep. L. 5; Per gli assoc. al Policlinico: Italia L. 30; Estero L. 45

☛ **N. B.** — Ai nuovi abbonati del 1929 a « Cuore e Circolazione », si concedono le intere annate 1924, 1925 (questa senza il fascicolo 5 esaurito), 1926, 1927 e 1928 per sole L. **125** se in Italia, e per sole L. **175** se all'Estero, in porto franco.

LA CLINICA OSTETRICA

Rivista mensile di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria per Medici pratici

fondata nel 1898 dal Prof. F. LA TORRE

diretta da PAOLO GAIFAMI

Professore di Clinica Ostetrico-Ginecologica nella R. Università di Bari

Ogni fascicolo si compone di 48-60 pagine di testo distinto in 3 parti: a) lavori originali, fatti e documenti (clinici e anatomici), la rubrica degli errori, la pagina del medico pratico, ecc.; b) recensioni, quesiti e commenti, bibliografia; c) Varietà, notizie.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 36; Estero L. 55; Un num. sep. L. 5; Per gli assoc. al Policlinico: Italia L. 30; Estero L. 45

☛ **N. B.** — I nuovi abbonati del 1929 possono ottenere l'annata del 1925 senza il 1° fascicolo (esaurito) più le intere annate 1926, 1927 e 1928, per sole L. **100** se in Italia, e per sole L. **140** se all'Estero, in porto franco.

IL VALSALVA

Rivista mensile di Oto-Rino-Laringojatria

diretta da GUGLIELMO BILANCIONI

Professore di Clinica Oto-Rino-Laringojatrica nella R. Università di Pisa

Questa Rivista, che entra nel quinto anno di vita, si è affermata vittoriosamente, essendo oggi fra noi il più completo, agile e ricco periodico della specialità. Argomenti d'indole pratica e di alto rilievo scientifico si fondono armonicamente, formando una rivista moderna, in cui ha degna sede quanto si produce nelle Cliniche e negli Istituti d'Italia.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 36; Estero L. 55; Un num. sep. L. 5; Per gli assoc. al Policlinico: Italia L. 30; Estero L. 45

☛ **N. B.** — Ai nuovi abbonati del 1929 si concedono le intere annate 1925, 1926, 1927 e 1928 (quest'ultima senza il fascicolo 2 esaurito), per sole L. **100** se in Italia, e per sole L. **140** se all'Estero, in porto franco.

☛ **Indispensabile per tutti i Medici:**

IL DIRITTO PUBBLICO SANITARIO

Periodico Mensile di Giurisprudenza e Legislazione (Anno II).

DIRETTORI

On. dr. **Aristide Carapelle,** Consigliere di Stato. — Avv. **Giovanni Selvaggi,** esercente in Cassazione.

« Il Diritto Pubblico Sanitario » riporta tutte le Leggi, i Decreti, i Regolamenti e le Circolari concernenti anche indirettamente l'ordinamento giuridico sanitario, nel senso più ampio e le Istituzioni Sociali. — Ogni numero contiene Note di commento e di illustrazione delle Leggi e dei Regolamenti più importanti nonchè una rassegna completa della giurisprudenza della Corte di Cassazione, del Consiglio di Stato in sede Giurisdizionale e Consultiva e di altre Magistrature, con esposizioni ragionate delle controversie e delle risoluzioni.

« Il Diritto Pubblico Sanitario » in ogni suo numero reca studi sintetici di questioni d'attualità e Cenni di legislazione estera.

« Il Diritto Pubblico Sanitario » è una guida chiara e semplice specialmente per tutto ciò che attiene alle istituzioni sociali, ai rapporti d'impiego con Enti Pubblici, all'esercizio delle professioni, all'ordinamento sindacale, ai poteri di polizia sanitaria, ecc.

Ogni numero consta di 40-48 pagine, costituendo a fine d'anno un volume di oltre 500 pagine con indici sistematici.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 36; Estero L. 55; Un num. sep. L. 5; Per gli assoc. al Policlinico: Italia L. 30; Estero L. 45

IMPORTANTE: Coloro che assumeranno per l'anno 1929 l'abbonamento A TUTTE E QUATTRO LE RIVISTE « Cuore e Circolazione » - « La Clinica Ostetrica » - « Il Valsalva » - « Il Diritto Pubblico Sanitario », e ne invieranno subito l'importo, queste saranno loro cedute al **prezzo di favore** di sole L. **110,** per l'Italia, anzichè L. **144.**

Per ottenere l'abbonamento alle predette Riviste, inviare Vaglia Postale o Chèque Bancario al Signor LUIGI POZZI, Via Sistina 14- Roma.

☛ **Ai già abbonati a queste Riviste rivolgiamo preghiera di provvedere sollecitamente all'invio del rinnovo per facilitare il lavoro della nostra Amministrazione. Raccomandiamo altresì di applicare, sul talloncino del vaglia, la fascetta con la quale le hanno finora ricevute.**

ANNO XXXVI Roma, 25 Marzo 1929 Num. 12

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Roma
diretto dal Prof. V. ASCOLI.

Contributo al ricambio della creatinina.
La creatinina urinaria nella malaria.

Dott. R. CARUSI, assistente vol.

In questi ultimi anni, dopo l'introduzione di metodi semplici ed adatti, il ricambio della creatinina è stato oggetto di numerose ricerche.

Occupandomi delle variazioni quantitative della creatinina nelle urine in diverse condizioni morbose, la mia attenzione è stata subito attratta dal comportamento di essa nella malaria.

La letteratura a questo proposito è scarsa. Grocco, nel 1884, seguendo il comportamento della creatinina in varie malattie, trovò che la creatinina era aumentata nella malaria. Ricerche più ampie sono state eseguite recentemente dal Macciotta nei bambini. Come è noto però il comportamento dei corpi creatinici nei bambini è diverso da quello che si riscontra negli adulti.

Nei bambini normalmente si elimina con l'urina creatina e creatinina; negli adulti invece non si ha nè allo stato normale, nè allo stato patologico creatinuria, se non eccezionalmente.

Dalle osservazioni del Macciotta risulta che nei bambini malarici il ricambio creatininico si comporta diversamente, secondo che la malaria è cronica od acuta.

Nella forma acuta si riscontra un aumento nell'eliminazione della creatinina urinaria, e contemporanea diminuzione di creatina, che scompare durante l'accesso febbrile. E propriamente si avrebbe aumento nella eliminazione di creatinina durante il brivido e l'accesso febbrile, con quasi scomparsa della creatina; diminuzione della creatinina con aumento della creatina durante la defervescenza.

Nelle forme croniche, con alterazione della crasi sanguigna, del fegato, della milza, il comportamento della creatina è diverso. Si ha aumento di creatina durante il brivido e l'accesso, e diminuzione della creatinina; la quantità totale di questi corpi è diminuita rispetto al normale.

A guarigione avvenuta i corpi creatinici ritornano ai valori normali, talora permangono un poco aumentati.

L'aumento della creatinina urinaria è da riferirsi, secondo l'autore, ad un'aumentata di-

struzione di proteine, che darebbero luogo ad un aumento di creatina; una maggiore acidità del sangue trasformerebbe questa creatina in creatinina, la quale verrebbe eliminata con le urine.

Ricerche personali. — Le nostre ricerche sono state eseguite sui malarici sia di terzana benigna, sia di terzana maligna, dosando la creatinina nelle urine raccolte ogni 3, 6 ore.

I metodi per i dosaggi della creatinina nelle urine sono numerosi; in genere essi si basano tutti sulla trasformazione che subisce in ambiente alcalino l'acido picrico, dando luogo all'acido picramico.

Noi abbiamo preferito il metodo di Folin, il quale dà i risultati più precisi, ed è di facile applicazione. Per tale metodo bisogna:

1) un colorimetro di Dubosq;

2) una soluzione acquosa satura d'acido picrico al 12 ‰;

3) soluzione di soda caustica al 10 %;

4) soluzione campione di creatinina, preparata sciogliendo esattamente gr. 1 di creatinina in gr. 1000 di acido cloridrico 1/2 N. Per ottenere la stabilità di detta soluzione, è opportuno sciogliervi gr. 1,6106 di cloruro di zinco purificato per ricristallizzazione.

Tecnica: in due palloni tarati da cmc. 100 si pongono rispettivamente cmc. 1 di soluzione campione di creatinina e cmc. 1 di urina; in ciascuno si aggiungono cmc. 20 di soluzione satura di acido picrico, e cmc. 1,5 di soluz. di soda limpida, esattamente misurati.

Si agita vivamente, e si lascia sviluppare la reazione di colore per 10 minuti, e poscia si portano le soluzioni fino a 100 cmc. con acqua distillata, e si comparano al colorimetro.

Per la determinazione, in una tazzina si versa la soluzione campione, e si immerge il prisma nel liquido, in generale a 20 mm. di altezza; nell'altra tazzina si versa il liquido da esaminare, e si sposta il prisma fino ad ottenere una identica colorazione; si prende la media di 2-3 letture, e si calcola secondo la formola:

$$Q = \frac{\text{altezza in mm. del campione}}{\text{altezza in mm. del liquido es.}}$$

Il risultato indicherà in mgr. il contenuto di creatinina di 1 cmc. di urina, da cui si ricaverà la quantità totale.

Essendo talora difficile avere la soluz. campione di creatinina, essa può essere sostituita con una soluz. di bicromato di potassio 1/2 N. (Si sciolgono gr. 24,515 di bicromato di potassio in un litro d'acqua). Tale soluzione corrisponde press'a poco ad una quantità di creatinina di mgr. 1 per 50 cmc.

Tecnica: cmc. 1 di liquido da esaminare è versato in un pallone tarato da cmc. 50; si aggiunge cmc. 1,5 d'acido picrico, e cmc. 0,5 di soda. Si agita, si lascia in riposo per 5 minuti; si aggiunge acqua fino al segno, e si dosa al colorimetro.

La quantità di creatinina per 1 litro di urina è data dalla formola:

$$Q = \frac{\text{altezza in mm. del campione}}{\text{altezza in mm. del liquido}} \times \text{gr. } 1$$

Il primo metodo è più preciso, perchè il liquido in esame viene comparato col campione di creatinina; ma anche il secondo metodo dà risultati abbastanza esatti, per le ricerche cliniche.

Tutti gli infermi presi in esame presentavano tumore di milza più o meno cospicuo; alcuni, specie i recidivi, presentavano anche una modica epatomegalia.

Abbiamo riassunto in tabelle grafiche le singole quantità di creatinina eliminata, in rapporto alla temperatura ed alle ore, riportandole nei relativi clichés.

I primi tre casi (n. 1, 2 e 3) riguardano forme di terzana maligna, ad infezione primitiva, e non chininizzati prima dell'esperimento. Questi casi sono i più tipici per lo studio del comportamento della creatinina, perchè non influenzati nè dal chinino, nè da pregresse infezioni malariche.

Caso I. — In questo caso l'eliminazione di creatinina è notevole, raggiungendo perfino la quantità di gr. 7,54 0/00. L'aumento è rimasto costante per tutto il periodo dell'osservazione, con piccole variazioni.

In rapporto agli accessi malarici il ritmo di eliminazione della creatinina si mantiene sempre uniforme. In genere risulta un aumento di creatinina che precede e segue l'accesso febbrile, mentre durante l'acme della febbre si ha ora un lieve abbassamento, ora un aumento nella quantità di creatinina eliminata.

Con la somministrazione del chinino si ottiene la cessazione degli accessi; la curva di eliminazione della creatinina segue l'andamento press'a poco simile a quello dei giorni precedenti, con qualche lieve modificazione. In complesso però la quantità di creatinina eliminata, per quanto diminuita, permane sempre in quanità superiore alla norma.

Caso II. — In questo caso l'eliminazione di creatinina nei primi giorni si mantenne poco elevata; tuttavia in rapporto agli accessi malarici il ritmo di eliminazione conservò lo stesso andamento del caso precedente, con un aumento di eliminazione durante il minimo della temperatura, ed una diminuzione durante l'acme febbrile. Nei giorni successivi la quantità totale di creatinina aumentò, conservando sempre lo stesso ritmo. Ad accessi malarici cessati la quantità totale di creatinina eliminata si è mantenuta inferiore ai giorni precedenti, ma sempre superiore ai primi giorni di osservazione, e superiore alla norma.

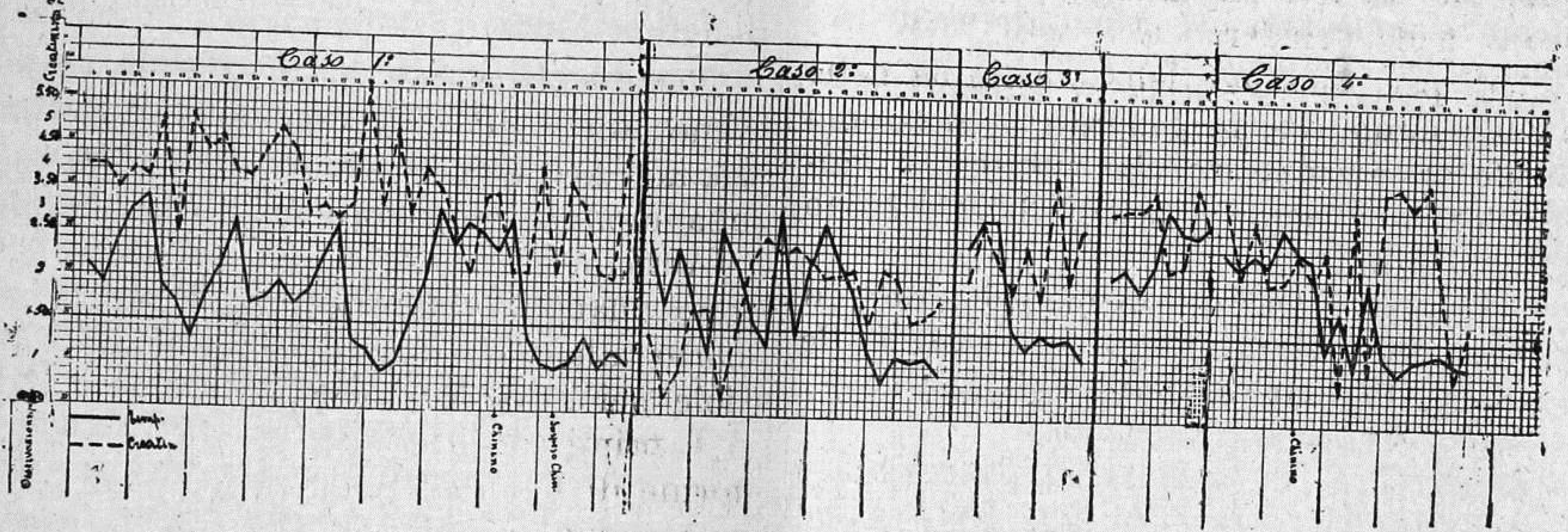
Caso III. — In questo caso l'eliminazione della creatinina nei primi giorni di degenza non fu seguita nelle varie ore, ed in rapporto all'accesso

febbrile. In complesso però la quantità di creatinina fu sempre elevata (gr. 4,20 0/00) con valori superiori alla norma. Cessati gli accessi malarici la eliminazione della creatinina permane elevata nei primi giorni, per avvicinarsi alla norma dopo 5 giorni di apiressia.

I 3 casi che seguono appartengono ad infermi con terzana maligna primitiva, chininizzati prima del dosaggio della creatinina.

Caso VI. — Mentre nel primo giorno la creatinina si elimina in maggiore quantità in coincidenza dell'aumento della temperatura, nei giorni successivi il ciclo di eliminazione segue l'andamento del 1° caso, con aumento durante l'abbassamento della temperatura, e diminuzione durante l'acme. Si nota una rapida discesa di creatinina quando gli accessi febbrili cessano, restando però sempre in quantità superiore alla norma.

È opportuno tener conto che l'inferma era gra-



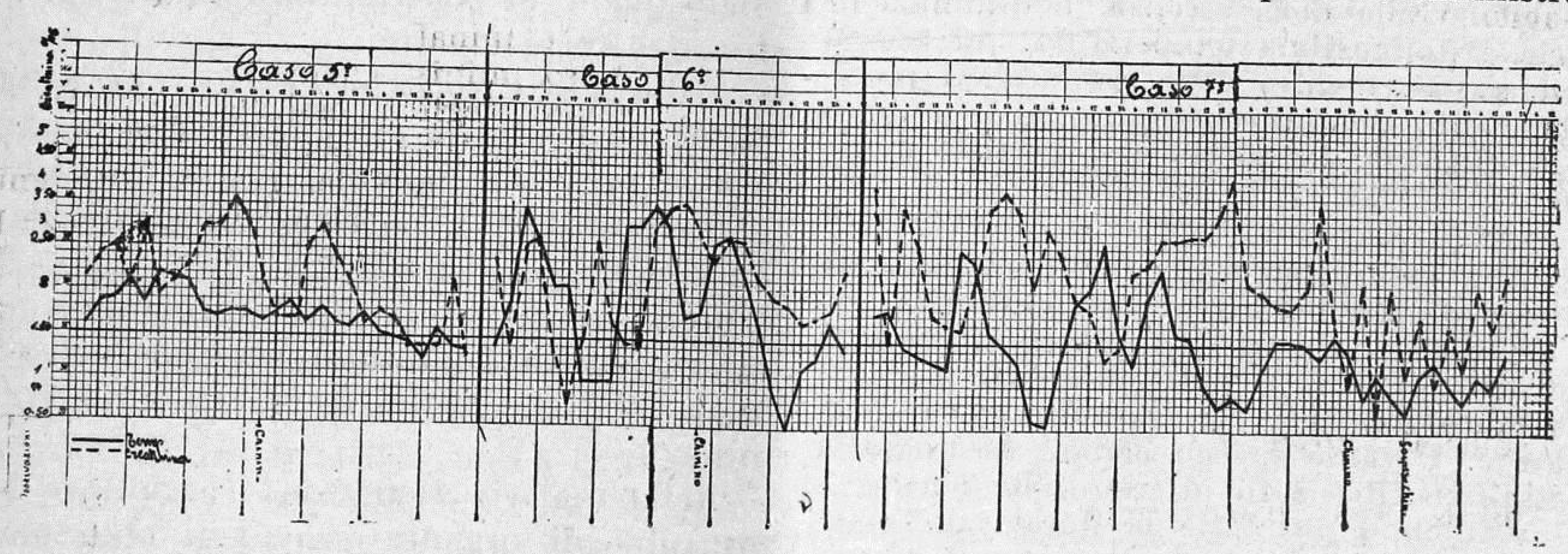
Caso IV. — In questo caso la febbre si è mantenuta alta per circa 3 giorni, durante i quali la curva di eliminazione della creatinina, ha seguito un andamento del tutto confrontabile col 1° caso.

Infatti, ai periodi di massima temperatura corrisponde una diminuita eliminazione di creatinina. Dopo la somministrazione del chinino, allorchè la febbre diventa intermittente, la creatinina conserva lo stesso andamento di prima, con ampie oscillazioni, e con quantità che talora raggiungono la normale eliminazione. A temperatura cessata, la creatinina eliminata si mantiene elevata nel primo giorno, con tendenza a diminuire, e ad avvicinarsi alla norma nei giorni successivi.

vida al terzo mese; e com'è noto la gravidanza si accompagna quasi sempre a perturbamenti del ricambio creatininico.

I 4 casi che seguono riguardano infermi affetti da terzana maligna recidiva, chininizzati prima delle ricerche, e con parassita malarico presente nel sangue, eccetto il n. 10, e con milza grossa e dura.

Caso VII. — Il ritmo di eliminazione della creatinina segue l'andamento dei casi precedenti con eliminazione maggiore nei momenti di massima defervescenza febbrile. Dopo la somministrazione



Caso V. — In questo caso la febbre fu continua-remittente, nei primi 4 giorni. La eliminazione di creatinina presentò un ritmo identico al 1° caso nei primi 2 giorni; nei giorni successivi invece la eliminazione della creatinina segue un andamento irregolare; appare chiaro però che a periodi di maggiore quantità di eliminazione di creatinina, si alternano periodi di minore eliminazione; in complesso però la quantità di creatinina eliminata risulta sempre superiore alla norma.

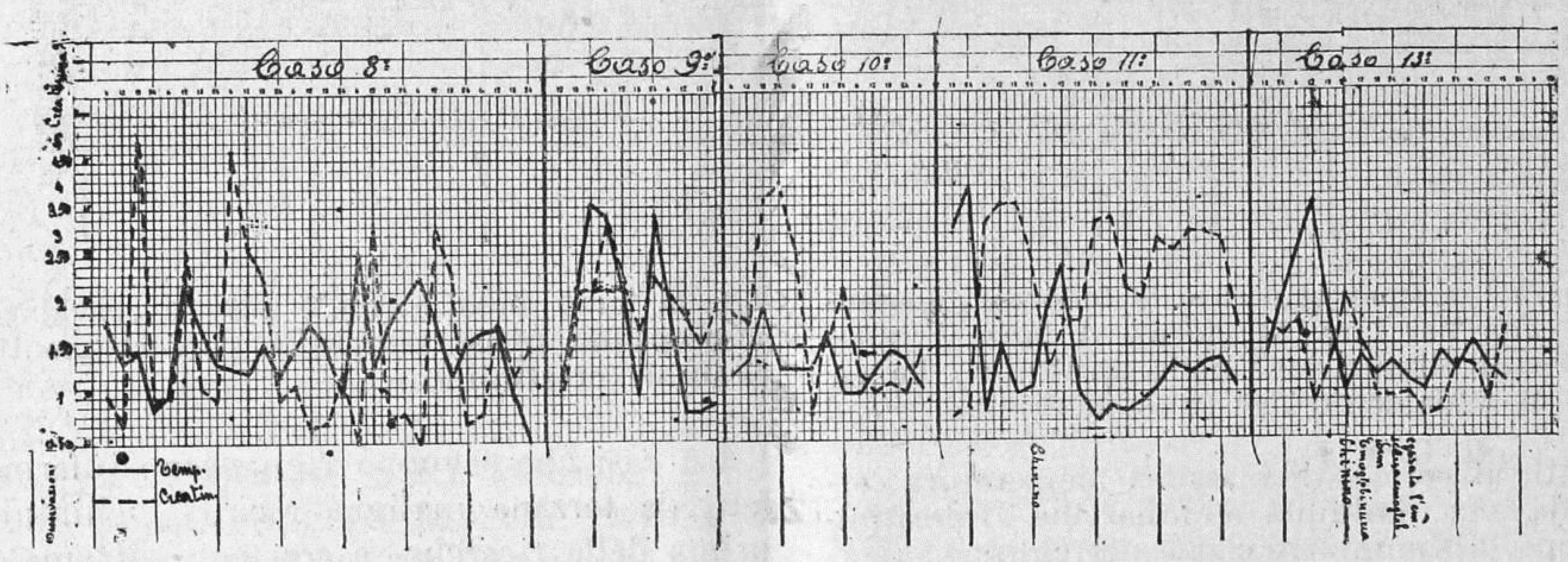
A temperatura normale coincide una diminuzione di creatinina, che tende ad avvicinarsi alla quantità normale.

del chinino, con la cessazione degli accessi, la quantità di creatinina tende ad avvicinarsi al normale, ma presenta ampie oscillazioni con alternative di aumento e diminuzione che si succedono indipendentemente dalla curva febbrile.

Caso VIII. — La curva di eliminazione oscilla tra un massimo di gr. 4,80 0/00 ed un minimo di 0,90 0/00, inferiore cioè al normale. Il ritmo dapprima segue l'andamento della curva febbrile; al terzo giorno però segue il caratteristico ciclo già notato, con aumento in coincidenza della defervescenza, e con diminuzione durante l'acme.

Caso IX. — In questo caso la determinazione della creatinina è stata eseguita ad intervalli più lunghi che nei casi precedenti. In generale la quantità di creatinina è molto superiore alla norma, con aumento e diminuzione in relazione all'aumento ed alla diminuzione della temperatura. La quantità di creatinina eliminata si avvicina alla quantità normale ad accessi cessati.

Caso X. — La eliminazione della creatinina ha un andamento diverso dagli altri casi osservati. Si presenta aumentata nel primo giorno di osservazione, quasi normale nei giorni successivi; per quanto riguarda il ritmo di eliminazione, notiamo nel primo giorno aumento in relazione all'aumento della temperatura, mentre nei giorni successivi segue l'andamento già notato nelle precedenti osservazioni.



Caso XI-XII. — Questi casi si riferiscono ad individui con terzana benigna.

Nel primo caso si ha aumento della creatinina eliminata nelle 24 ore, in modo piuttosto notevole. Per quanto riguarda l'eliminazione in relazione alle variazioni di temperatura, segue lo stesso ritmo che nel primo caso, con aumenti che corrispondono alla defervescenza, e diminuzione nel periodo di massima temperatura. Ad accessi malarici cessati, mentre nelle osservazioni precedenti la eliminazione di creatinina tende a diminuire in quantità, in questo caso persiste molto elevata.

La grafica dell'ultimo caso (13) è interessante non per la quantità di creatinina eliminata, essendo pressochè normale, ma perchè durante il decorso della malaria si ebbe all'improvviso una intensa emoglobinuria, con sintomatologia piuttosto grave. Durante questo accesso la quantità di creatinina urinaria fu inferiore alla norma, e tale si mantenne per tutta la durata dell'emoglobinuria, per ritornare alla norma nel giorno successivo.

Dal complesso dei risultati emerge chiaro che nel corso della infezione malarica, il ricambio della creatinina si modifica nel senso che si ha una maggiore eliminazione di creatininuria. Questo aumento, che talora è marcato fino a raggiungere cifre molto elevate, non segue un andamento costante in relazione alle variazioni di temperatura.

In generale si ha che in principio la eliminazione di creatinina segue le variazioni febbrili, nel senso che al massimo di temperatura corrisponde il massimo di eliminazione di creatinina; in seguito però la curva di eliminazione diventa opposta alla curva febbrile, ed allora il massimo della temperatura coincide con la minima quantità di creatinina eliminata. Talora però, come si rileva dalle grafiche, la diminuzione precede o segue l'aumento di temperatura.

Quando gli accessi malarici sono cessati, la eliminazione di creatinina in genere diminuisce, ma permane superiore alla norma.

Dall'esame delle grafiche si deve ammettere che nella malaria entrino fattori varii per potere spiegare il forte aumento di creatinina eliminata.

*
* *

Scopo principale delle presenti ricerche è stato quello di contribuire a chiarire il ricambio dei corpi creatinici.

Dalle nostre ricerche emerge che nella malaria, sia primitiva che recidiva, la creatininuria si presenta aumentata, con un ciclo non sempre uniforme, nè in perfetta corrispondenza con l'accesso febbrile.

Conviene pertanto riportare questo aumento ad un probabile fattore presente nell'accesso malarico, che influisca sul ricambio creatinico.

Nella malaria si possono riscontrare lesioni in tutti gli organi; ma quelli che sono più profondamente alterati, sia per i prodotti di distruzione dei parassiti, sia per opera dello stesso parassita malarico, sono: la milza, il fegato, il sangue. Bisogna quindi riportare a questi organi l'aumento della creatinina riscontrata.

Abbiamo detto che nella malaria il sangue subisce delle alterazioni per opera del parassita malarico.

Principale è la distruzione dei globuli rossi, più o meno intensa, la quale è in rapporto alla

qualità del plasmodio malarico, e alla gravità della infezione.

Potrebbe questa distruzione degli eritrociti influire sul ricambio creatininico?

A togliere valore a questa ipotesi, noi ricordiamo il caso n. 14, in cui si ebbe un'intensa emoglobinuria.

Se fosse vero che gli eritrociti distrutti possono aumentare l'eliminazione della creatinina, noi dovremmo trovare valori molto elevati nei casi di emoglobinuria, in cui si ha una rapida distruzione di eritrociti.

Invece nel caso n. 14, durante tutto il decorso della emoglobinuria abbiamo riscontrato valori di creatininuria al disotto del normale; nè la creatinina è aumentata dopo la scomparsa della emoglobinuria.

Queste osservazioni tenderebbero ad escludere la distruzione dei globuli rossi come fattore di aumento di creatinina.

Restano: il fegato e la milza, a cui si dovrebbe riferire con ogni probabilità l'aumento di creatinina riscontrata nella malaria.

Le nostre ricerche non ci permettono di trarre conclusioni attendibili; ricordiamo soltanto che in recenti ricerche, Palladin e L. Palladin (*Biochem. Zeitsch.*, Hd. 161, H. 1,3 1925) hanno potuto stabilire un aumento assoluto e proporzionale di creatinina negli animali splenectomizzati.

Il coefficiente di creatinina aumenta proporzionalmente da 18,6-16,1-26,4 a 26,5-21,4-26,6.

Se noi vogliamo avvicinare i risultati ottenuti nelle ricerche sperimentali di questi AA., a quelli ottenuti da noi nelle ricerche cliniche, in affezioni in cui la milza è il principale organo leso, noi dovremmo pensare che tale organo entri come un fattore principale nel ricambio della creatinina.

Come conclusione possiamo stabilire che nella malaria si ha sempre una eliminazione aumentata di creatinina con le urine. Se i risultati delle presenti osservazioni non autorizzano a formulare alcuna sicura ipotesi sull'origine della creatinina, tuttavia inducono a continuare le ricerche, per poter chiarire l'importanza che ha la milza nel ricambio della creatinina.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

L'ernia della linea alba.

Prof. EDOARDO DONETTI.

Occorre sovente al medico pratico di trovarsi di fronte a sindromi dolorose addominali le più svariate che per i peculiari caratteri, a seconda del momento dell'esame, si possono localizzare nell'uno o nell'altro viscere, nell'uno o nell'altro apparato.

Ed invero quante e quante volte non si è osservato portare per lo stesso soggetto da medici esperti talora diagnosi di gastralgia, altra volta di colica epatica, altra volta di ulcera duodenale, di ulcera gastrica e persino di appendicite.

Ma se l'errore è talora possibile quando può mancare qualche elemento essenziale perchè si possa fare la diagnosi, spesso però sono la precisa raccolta della storia clinica, l'accuratissimo e ripetuto esame del malato quelli che fanno concludere nel vero.

E non vorrei trattare tale argomento se spesse volte non mi fossi trovato dinnanzi a tale errore diagnostico che naturalmente con lo sviare della diagnosi complica, disorienta la cura nel modo più assoluto e con grave danno dei malati: sono allora ricerche laboriose, incerte, dubitative e qualche volta dannose: diete rigorose che senza giustificazione si fanno subire: è l'assorbimento di medicinali talora innocui, ma spesso poco utili: è l'ingestione di sedativi che più spesso portano danno, la conseguenza di questo.

Intendo con ciò riferirmi all'ernia della linea alba: ma non è l'ernia banale, sufficentemente voluminosa che il malato trova da sè ed indica egli stesso al medico, ernia che in tali condizioni più spesso dà poca noia ed è di facile diagnostico: mi riferisco a quelle ernie piccolissime, minutissime che si osservano e si notano sulla linea alba.

In condizioni normali la linea alba punto di riunione di tutte le aponevrosi dell'addome è la parte più solida della parete addominale e costituisce una robusta striscia tendinea la quale è larga 4-6 linee al di sopra dell'ombellico, diminuisce di larghezza in basso e diviene anche meno densa, ma in pari tempo aumenta di spessore dall'avanti all'indietro.

Però se le inserzioni tendinee e l'incrociamento delle fibre non si fà regolarmente rimangono nei punti di incrocio degli spazi, delle lacune che sovente hanno l'aspetto *criblé* e attraverso le quali o l'omento o una minuscola porzione dell'intestino ovvero dello stomaco possono insinuarsi, provocando appunto l'ernia della linea alba: e si comprende come possano essere più o meno voluminose a seconda l'ampiezza del tra-

mite, come possano essere diverse per sede a seconda il punto che è divenuto permeabile ed attraversabile: secondo poi lo spessore della parete la piccola ernia apparisce più o meno profonda rendendo specie in soggetti obesi più ardua e difficile la diagnosi.

Quale è la sintomatologia di tali ernie? La sintomatologia come si è detto, è svariatissima ed è per questo che è facile l'errore diagnostico perchè la sintomatologia è in relazione sempre con la sede dell'ernia, con la natura di essa, con il volume, senza dimenticare un fattore importantissimo ed è quello dei fatti infiammatori e conseguenti aderenze che hanno potuto subire gli organi infiammati, perchè di fatti quando il chirurgo opera l'ernia ombellicale e l'ernia della linea alba, sovente si trova di fronte a fenomeni aderenziali provocati da piccolissime ernie di antica data che hanno subito crisi dolorose per le quali sono sorti naturalmente dei fenomeni infiammatori.

Per l'ernia della linea alba sintomo di rilievo è il dolore che può essere provocato se l'ernia è stretta, compressa, strozzata, ma che spesso è spontaneo: è un dolore che può essere vario per sede, ma che ha linee di diffusione svariatissime. Il dolore sovente insorge dopo i pasti anche a 4-5 ore e con tutta probabilità in rapporto alla speciale localizzazione: col dolore si hanno flatulenze, tendenza alla nausea, malessere generale, sudori freddi e talvolta è così vivace che il paziente lo attende con terrore, con ansia: scompare o spontaneamente per spostamento del viscere incarcerato ovvero svanisce con applicazioni calde o con frizioni locali o con bibite o con sedativi. E le linee di diffusione sono diverse: che se l'ernia è nel tratto sopraombelicale della linea alba (tratto xifo-ombelicale) il che è più frequente (forse i quattro quinti dei casi) si hanno sintomi a carico dello stomaco e diffusione a sinistra sotto l'arco costale da simulare il dolore che si osserva per l'ulcera della piccola curva dello stomaco; che se si osserva a 4-5 ore dal pasto, se è accompagnato da salivazione, da eruttazioni allora è ancora più facile l'errore di diagnosi.

Talvolta invece la linea di diffusione dolorosa è a destra ed allora insorgono fatti da far pensare ad una sindrome vescicolare come di recente varie volte mi fu dato osservare e tale sindrome e per il modo di apparizione e per il tempo nel quale insorge e per tutti i piccoli fatti che la accompagnano fa sicuramente trarre in inganno.

Che se la crisi insorge subito dopo i pasti, se è clamorosa, se è accompagnata da sintomi a prevalenza gastrici allora si pensa alla ulcera del piloro o del duodeno.

Se poi la piccola ernia è in basso nel tratto onfalo-pubico, il che è più raro, allora nulla di strano che ci si trovi di fronte ad una sindrome che ha tutti i caratteri apparenti della sindrome appendicitica.

E per l'ernia della linea alba non è infrequente di notare, qualunque ne sia la sede e la sindrome simulata, grave deperimento generale da far pensare, tutto insieme raccolto, a probabili fatti neoplastici.

Bisogna così che il paziente sia veduto e riveduto ed osservato con la massima accuratezza perchè se l'ernia non è impegnata, stando alla storia clinica soltanto, non è sempre agevole sceverare il vero dal falso nel concetto diagnostico e conviene ed è indispensabile che il paziente sia veduto durante la crisi dolorosa per potere accertare convenientemente la natura e la sede originale dei fenomeni.

Come si è già detto è indispensabile fare la diagnosi da un lato per evitare ricerche inutili e moleste, come sono i vari sondaggi che in altro campo hanno così opportunamente illuminato e confermato la clinica; per evitare le ricerche radioscopiche e radiografiche che se non necessarie è sempre utile limitare per non far nascere il discredito in questo campo così importante della diagnostica; e d'altro canto è indispensabile l'esatto accertamento diagnostico per le cure del caso onde non fare subire al paziente trattamenti inutili e lunghi, onde non sottoporlo all'uso di analgesici e di stupefacenti che non hanno ragione di essere utilizzati e per non imporgli limitazioni e privazioni alimentari quando un semplice intervento chirurgico può mettere fine a una lunga serie di sofferenze e molestie.

Bagni di Montecatini, 1927.

POLICLINICO G. B. MORGAGNI IN ROMA.
Consulente Generale: prof. ROBERTO ALESSANDRI.
II REPARTO CHIRURGIA.

Un caso di pancreatite emorragica in soggetto di 16 anni

per il dott. VITTORIO COEN
già assistente degli Ospedali Riuniti di Roma.

Mi limito a riferire poche notizie su questo caso presentatosi al Policlinico G. B. Morgagni non perchè la pancreatite emorragica ormai così nota dal punto di vista clinico e teorico, abbia bisogno dell'esposizione di nuovi casi, specialmente se essi per la nosografia non aggiungano niente di nuovo; ma perchè essa interessa, eccezionalmente, un individuo giovanissimo.

Tutti gli Autori infatti sono d'accordo nell'ammettere che tale malattia è propria dell'età tra i trenta e 45 anni e che nell'adolescenza è una rarità.

C. Marino, anni 16. Genitori viventi e sani. Nulla nei collaterali. Precedenti morbosi personali negativi. Soltanto da qualche tempo soffre di disturbi riferiti allo stomaco, talora ha avuto qualche dolore all'epigastrio indipendente dai pasti, passati senza cure speciali. Non ha mai avuto ittero. Non vomito, non febbre, feci sempre regolari. Verso le ore dieci del 10 agosto 1927 il paziente ha notato dolore vivo all'epigastrio con irradiazioni al dorso e verso la spalla sinistra. Il medico curante, che lo visita poco dopo non riscontra nulla di allarmante: constata una certa dolorabilità all'epigastrio senza alcuna difesa muscolare, temperatura regolare, polso più frequente del normale, ma valido. Torna qualche ora dopo a vederlo e trova un quadro notevolmente mutato ed è colpito dall'aggravarsi dello stato generale e dal polso che si è fatto frequentissimo e di bassa pressione. Alle ore diciotto il p. entra in clinica. Egli accusa senso di prostrazione intenso, dolore intenso alla regione epigastrica e mesogastrica superiore con irradiazione al dorso. Alvo chiuso alle feci non ai gas.

Esame obiettivo: condizioni generali molto gravi. Sensorio integro, decubito supino. Polso 150, pressione debolissima, ritmico. Respiro frequente, temperatura normale. Cianosi delle labbra, del volto e delle estremità. Occhi incavati, naso affilato, freddo. Lingua impaniata, piuttosto arida. Nulla a carico dell'apparato respiratorio. Azione cardiaca concitatissima. Non si percepiscono rumori di soffio.

Addome: all'ispezione si nota una leggera distensione della metà sopraombellicale. Esso non rimane immobile durante gli atti del respiro. Con la palpazione superficiale all'epigastrio si provoca scarso dolore e nessuna reazione muscolare di difesa, sicchè è possibile una palpazione profonda, la quale riesce particolarmente dolente. Con la percussione si nota suono timpanico nella zona dolente, particolarmente alto subito sopra l'ombellico. Esiste una lieve riduzione dell'aia di ottusità epatica. Nulla in corrispondenza nelle altre regioni dell'addome. Nelle urine scarse e concentrate non si riscontrano elementi patologici. Si sottopone l'ammalato a cure tendenti a migliorare le condizioni generali: iniezioni di olio canforato, di digalèn, ipodermoclisi adrenalinizzata. Però esse non rispondono affatto, il polso si fa vieppiù miserabile e si riesce appena a contare.

Di fronte a questa sindrome addominale gravissima si restò assai perplessi dal punto di vista diagnostico. Si escluse subito una appendicite perforata la quale si inizia frequentemente con dolore vivo all'epigastrio per l'assenza assoluta di dolore alla regione appendicolare e la mancanza di difesa, per il qual motivo si escluse pure una perforazione intestinale in eventuale tipo ambulatorio. L'occlusione non entrava neppure in discussione perchè il paziente diceva di avere emesso dei gas, e poi anche indipendentemente da ciò il quadro clinico resosi gravissimo in così breve tempo contrastava con le condizioni generalmente buone per gli occlusi nelle prime ore. Non si potevano nemmeno incriminare le vie biliari: di una colica epatica semplice non era il caso di parlare dato il quadro gravissimo, la minore acuzie del dolore in corrispondenza del punto cistico e l'assenza assoluta di difesa muscolare; e neppure di una perforazione delle vie biliari (assenza di precedenti anamnestici, assenza di difesa che in questi casi è sempre vivissima). Restavano in discussione la perforazione di un'ulcera gastrica o duodenale e la pancreatite emorragica.

La maggior frequenza della prima di fronte all'assoluta rarità della seconda in soggetti così giovani portava a pensare come primo impulso ad una perforazione di ulcera gastro-duodenale. La sede del dolore, l'inizio improvviso di esso, le irradiazioni, la leggera riduzione dell'aia di ottusità epatica erano in favore di essa: però mancava la difesa e ciò rese subito dubbia la diagnosi. Non v'è infatti perforato gastrico il quale non abbia il cosidetto *addome a tavola* dato da una pronta contrazione della parete come reazione ad una palpazione anche superficialissima. Inoltre nei perforati, superato il primo periodo di shoch, per parecchie ore, finchè non insorga la peritonite, si hanno condizioni generali buone e specialmente buono si conserva il polso, il quale non assume se non nel periodo di avanzata peritonite i caratteri simili a quelli che aveva il polso del nostro paziente. Restava la pancreatite emorragica, per la quale deponevano tutti i sintomi anzidetti. L'iniziarsi oltremodo brusco della sindrome, resasi gravissima in così poco tempo, il polso di pressione bassissima divenuto appena contabile, la sede dei dolori congiunta all'assenza di difesa, la distensione dell'epigastrio, la cianosi degli arti, tutto parlava per il cosidetto dramma pancreatico di Dieulafoy. E a questo appunto si pensò come probabilità non avendo noi il coraggio di formulare una diagnosi di sicurezza sempre per il criterio di rarità di questa malattia nei giovanissimi. Tale criterio, sia detto per incidens, ha certamente il suo valore; ma in alcuni casi non dovrebbe impacciare il clinico, rarità infatti non equivale ad impossibilità.

L'atto operativo eseguito dal dott. Bani, assistito da me alle ore 18,30 si riassume così:

Etere-narcosi regolare. Incisione xifo-ombellicale. All'apertura del peritoneo si nota la fuoriuscita di scarsa quantità di liquido emorragico; distensione notevole del colon trasverso e dello stomaco, il quale è spinto proprio a ridosso della parete anteriore dell'addome; il legamento gastrocolico è teso. Praticando un'apertura in corrispondenza di esso si dà esito a forte quantità di sangue contenuta nella retrocavità degli epiploon. Si amplia un po' la breccia del legamento gastrocolico e con la palpazione si percepisce il pancreas aumentato di volume e di consistenza. Dopo lo svuotamento del sangue liquido e dei coaguli si zaffa la cavità con garza semplice sterile. Durante l'atto operativo non ci riesce di constatare chiazze di steatonecrosi; bisogna considerare però che la fretta con cui fu eseguita l'operazione, giustificata dalla gravità del malato, non ci permise di escludere la presenza di esse; d'altra parte le alterazioni anatomiche del pancreas non rendevano dubbia l'origine dell'emorragia. Nulla a carico delle vie biliari. Le condizioni del paziente peggiorarono gradatamente dopo l'intervento. La morte venne poco dopo la mezzanotte. L'autopsia non fu concessa.

Finita l'esposizione di questo caso invero interessante ci sia lecito insistere sul valore diagnostico di alcuni sintomi: guida alla diagnosi sia

pure di probabilità era stato il dolore vivissimo all'epigastrio irradiato al dorso, senza difesa: sicchè tutte le volte che avremo l'associarsi di questi due dati, l'uno positivo, l'altro negativo dovremo fortemente sospettare la lesione di organi a ridosso della parete posteriore dell'addome e del pancreas in primo luogo. Una lesione situata così profondamente, mentre dà dolori vivissimi per compressione del plesso solare, si accompagna per l'appunto, per la sede, a una difesa muscolare debolissima o nulla. Nella pancreatite emorragica in genere ha importanza — ed esisteva nel caso nostro — il sintoma del meteorismo localizzato sopra-ombelicale (sintoma di Gobier) dovuto alla dilatazione paralitica del colon per infiltrazione del suo meso. A tale dilatazione del colon era senza dubbio dovuta anche quella leggera riduzione dell'aia di ottusità epatica che si era riscontrata clinicamente: Questo ci insegni a non ammettere senz'altro in presenza di questo sintomo la perforazione del tubo gastro enterico.

Importanza grandissima ha poi lo stato di adinamia profonda in cui cade rapidissimamente l'ammalato, la cianosi del volto, delle estremità e talora anche della parete addominale, su cui giustamente insiste Halsted, fenomeni che nel caso riferito non facevano difetto. Sconosciuta resta nel caso nostro la diagnosi etiologica della malattia: non la colelitiasi, che secondo Lecène figura come causa nel 40 % dei casi, secondo Dieulafoy nel 100 per 100; non l'obesità, non l'alcoolismo, non intossicazioni di altra natura; l'inesistenza di movimento febbrile nei giorni precedenti lo scatenarsi di questo vero dramma, inducono a fare riserve sulla possibilità che veleni microbici abbiano potuto, agendo da Kinasi, attivare le proprietà digestive dei fermenti pancreatici a danno del pancreas stesso e dei suoi vasi. Così l'esame degli organi all'atto operativo escluse la presenza di ulcere gastro-duodenali, anch'esse a volte incriminate nella genesi delle pancreatiti emorragiche. Anche un'origine traumatica potevasi escludere in base all'anamnesi.

OSPEDALE DI S. SPIRITO IN SASSIA - ROMA.
Rep. chirurgico diretto dal prof. TITO FERRETTI.

Emoperitoneo di alto grado per rottura di un follicolo di Graaf.

Dott. GIORGIO PETTA
aiuto chir., med. e pat. degli Osp. Riun. di Roma.

Il 1° settembre 1928, nelle ore pomeridiane, fu ricoverata d'urgenza C. Eduarda, di 15 anni, calzettaia, di Artena (Roma).

Precedentemente era stata sempre bene; le mestruazioni, cominciate da circa due anni, erano state sempre regolari salvo l'ultima che, all'atto del ricovero in Ospedale, presentava già un *ritardo di otto giorni;* questo ritardo non si era mai verificato

L'a. fu portata in Ospedale perchè da circa sei ore soffriva di forti dolori addominali. All'esame obiettivo si notava subito il contrasto fra le ottime condizioni di sviluppo, lo stato di nutrizione ed il pallore. L'aspetto era ansioso; l'a. si lamentava per i dolori addominali e per il senso di nausea.

Negativo l'esame del torace. Addome di forma normale, poco mobile con i movimenti respiratorii. La palpazione provocava dolore nei quadranti inferiori; al punto di Mac Burney il dolore provocato era più vivo e netto che altrove e si accompagnava con evidente contrazione di difesa delle pareti addominali.

L'esame dei genitali, eseguito poi in narcosi, per l'opposizione dell'a., ha permesso di riscontrare l'integrità dell'imene che permetteva appena l'introduzione del polpastrello dell'indice; assenza di qualsiasi secrezione vulvo-vaginale.

Il polso era aumentato di frequenza; temperatura + 37,8° C.; respiro normale.

Il dolore e la difesa al punto di Mac Burney, l'aumentata frequenza del polso, l'elevazione termica ed il senso di nausea portavano alla diagnosi di appendicite acuta. D'altra parte i sintomi di anemia acuta accompagnati dai dolori ai quadranti inferiori dell'addome stavano per una forte emorragia intraperitoneale da rottura di gravidanza extrauterina, malgrado la persistenza dell'imene e la negazione di rapporti sessuali.

Nell'incertezza della diagnosi decisi di intervenire praticando un taglio da appendicectomia, riservandomi di richiudere la piccola incisione laterale e di procedere successivamente ad una laparatomia esplorativa ombelico-pubica se le condizioni dell'appendice non avessero dato sufficiente spiegazione dello stato di gravità dell'a.

L'operazione fu eseguita subito in narcosi eterea. Incisione trasversa di 6-7 cm., secondo Mayo, all'interno della spina iliaca anteriore-superiore destra. Prima dell'apertura del peritoneo si riconobbe, per trasparenza, la presenza di sangue libero nell'addome; pure si volle raggiungere ugualmente l'appendice, perchè i sintomi di flogosi appendicolare erano stati molto evidenti. Aperto il peritoneo fuoriusciva sangue a getto abbondantissimo; quando fu possibile riconoscere ed osservare l'appendice, si trovò che non presentava aderenze, era lunga circa 9 cm., con i vasi della sierosa leggermente iniettati: in nessun punto presentava segni più notevoli di flogosi. Appendicectomia e cauterizzazione del moncone. Sutura della parete a strati in catgut. Maglie di Michel per la pelle. Protetta l'incisione, in posizione di Trendelemburg, si procedette quindi alla laparatomia mediana ombelico-pubica. Si potè allora riconoscere che l'emorragia, ancora in atto, proveniva da una lacerazione dell'ovaia di destra, lunga circa 1 cm., corrispondente ad una cavità delle dimensioni di una ciliegia. L'ovaia destra era di volume doppio rispetto a quella del lato sinistro.

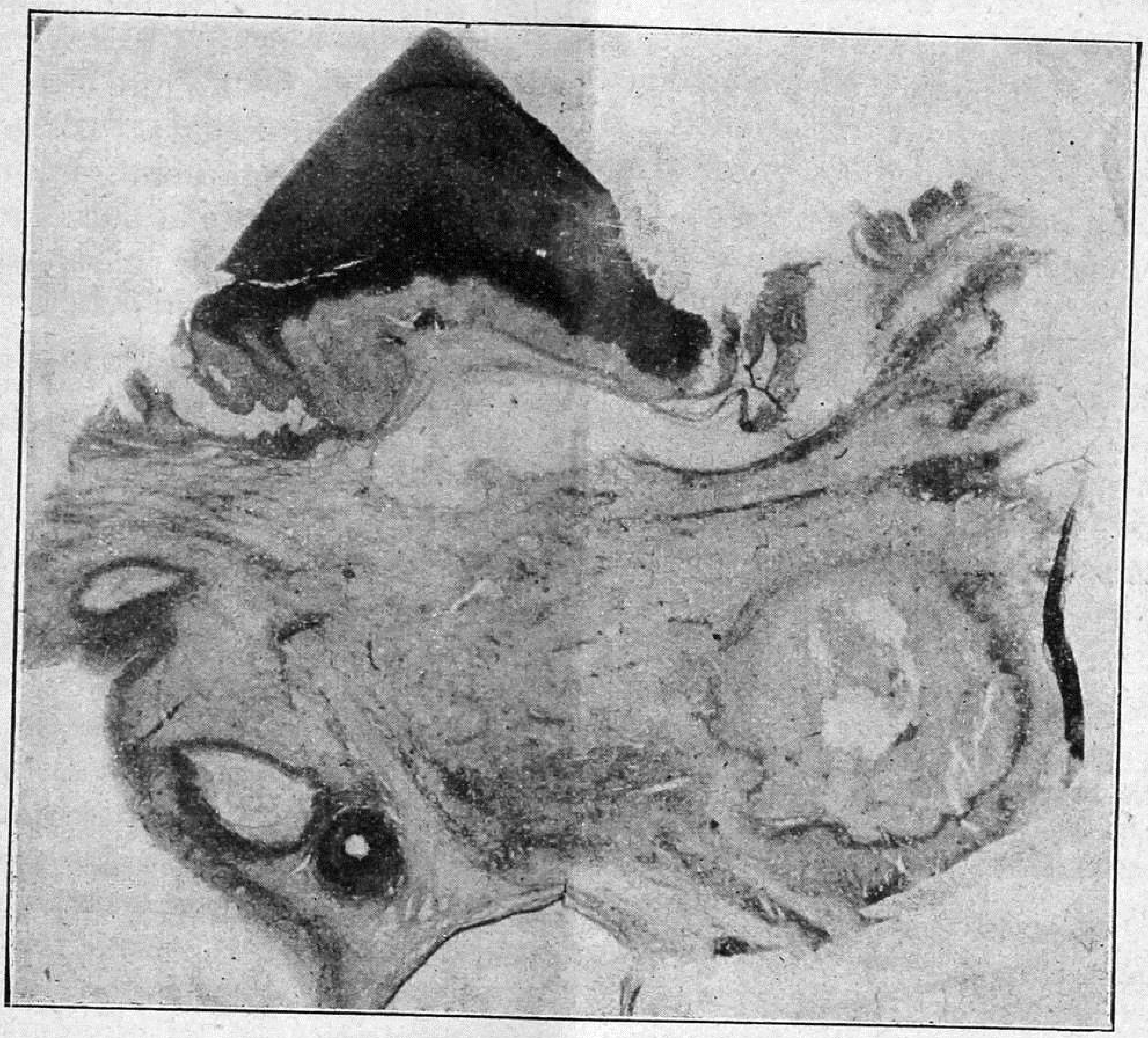
Asportazione dell'ovaia destra. Detersione accurata del peritoneo dal sangue ancora contenutovi. Chiusura della parete a strati in catgut. Sutura cutanea con punti di seta e maglie di Michel. Ipodermoclisi di 500 grammi di soluzione fisiologica. Decubito dorsale a testa declive. Guarigione per primam. La temperatura, arrivata a un massimo di + 38,1° C. il giorno seguente, cadde poi rapidamente, e al quarto giorno l'a.

era apirettica. Il *secondo giorno* dopo l'intervento comparve la mestruazione, a tipo regolare, e durò cinque giorni.

L'esame anatomo-patologico del pezzo asportato dimostrò trattarsi di un'emorragia da rottura di un follicolo di Graaf (v. il preparato microscopico) in un'ovaia che già all'esame macroscopico mostrava di essere in parziale degenerazione microcistica.

l'attenzione in modo particolare. Così Fritz Beck nel suo caso non valuta la emorragia superiore ai 300 cmc.

Brakeley e Farr nel 1926 hanno raccolto i dati ed i sintomi principali dell'emorragia da rottura di un follicolo di Graaf. Essi riferiscono di altri 40 casi raccolti da Nowak nel 1917; nel loro lavoro



Sezione di un frammento dell'ovaia asportata, corrispondente al punto in cui s'è prodotta la rottura del follicolo di Graaf. In alto, a sinistra, è visibile parte del coagulo che occupa la cavità del follicolo scoppiato; il coagulo aderisce ancora alla membrana granulosa, tipicamente ondulata, del follicolo. Presso il margine inferiore del preparato sono bene riconoscibili altri follicoli di Graaf a differente stadio di sviluppo. (Ingrandimento di 10 diametri).

Il caso che ho riferito merita di essere ricordato specialmente per l'imponenza della emorragia intraperitoneale 600-700 cmc. o più; ad essa, nella letteratura degli ultimi venti anni può sola essere paragonata l'emorragia osservata da O. Dieter e da lui comunicata nel 1927: l'emorragia, molto forte, proveniva dalla rottura di un follicolo di Graaf della stessa grandezza, situato in un'ovaia anch'essa ingrossata ed in degenerazione cistica; l'osservazione fu fatta durante una operazione d'appendicectomia eseguita *durante la mestruazione*.

Un'altra emorragia notevole fu quella osservata nel 1922 da Henry S. Penn di Boston; era accompagnata da segni di peritonite ed era insorta improvvisamente *un giorno prima* dell'inizio regolare della mestruazione.

Negli altri casi finora comunicati, l'emorragia, per quanto notevole, non dovette essere molto grave, se su questo carattere non è richiamata

si basano su tredici casi da essi raccolti nel «New-York Hospital» nel periodo che va dal 1914 al 1925. Nei tredici casi di Brakeley e Farr è notato che:

1) l'età della donna varia dai 15 ai 40 anni; la frequenza massima è dai 18 ai 28 anni corrispondentemente al periodo di maggiore attività sessuale; nel caso da me osservato era di 15 anni, nel caso di Fritz Beck era di quattordici e mezzo;

2) le crisi mestruali dolorose erano state notate, in mestruazioni precedenti, otto volte;

3) l'inizio dei sintomi varia da sei ore a quattro giorni prima della presentazione delle pazienti in ospedale;

4) il dolore è quasi sempre maggiore nella fossa iliaca destra; due volte era generalizzato, tre volte irradiato a tutto il fianco destro, al dorso, al membro inferiore destro; quattro volte il dolore era intermittente;

5) i vomiti furono osservati quattro volte;

6) la costipazione era presente tre volte;

7) la metrorragia fu notata una volta; spesso essa è considerata come l'inizio della mestruazione;

8) il dolore provocato dalla palpazione della fossa iliaca destra fu trovato undici volte di intensità media; una volta era generalizzato; una volta era dimostrabile solo a sinistra;

9) la contrattura delle pareti addominali era presente quattro volte nella fossa iliaca destra;

10) le mestruazioni erano normali e regolari sei volte; irregolari e dolorose quattro volte; con assenza di qualche ciclo mestruale, saltuariamente, due volte;

11) la leucocitosi, nei casi in cui fu ricercata, ha dato un minimo di 7.000 leucociti, un massimo di 46.000, un reperto abituale fra 10.000 e 16.000;

12) le diagnosi preoperatorie furono otto volte di appendicite (tre volte con ovaie in degenerazione cistica); salpingite tre volte; rottura di gravidanza ectopica due volte; non fu mai sospettata la lesione vera;

13) fu sempre osservato uno stato generale notevolmente alterato ed uno stato di shok non proporzionato alla gravità della lesione anche nei casi nei quali l'emorragia non era stata eccessiva.

Nel caso da me osservato, per le condizioni generali, per lo stato ansioso, per i segni di anemia acuta e pel *ritardo di otto giorni*, mai prima avveratosi, nel ritorno del flusso mestruale, s'imponeva la diagnosi di rottura di gravidanza extrauterina, malgrado l'età assai giovanile: 15 anni, le recise denegazioni dell'a. riguardo ai rapporti sessuali, e l'esistenza dell'imene normale.

D'altro canto la nausea, la febbre, il dolore netto e la difesa alla pressione del punto di Mac Burney (dolore e difesa meno evidenti più in basso) consigliavano di cominciare l'intervento con l'esplorazione dell'appendice per non trovarsi poi, con la laparatomia mediana, nelle condizioni di diffondere un'infezione circoscritta della regione ileocecale, da appendicite acuta.

L'esame immediato dell'ovaia asportata non fu sufficiente a dimostrare che si trattasse della rottura di un follicolo di Graaf con emorragia eccezionalmente abbondante, perchè, anche per questo carattere dell'emorragia endoperitoneale, appariva più probabile che si trattasse della rottura di una gravidanza ovarica. Tanto più che la cavità emorragica dell'ovaio era abbastanza grande e conteneva un coagulo così consistente da fare sospettare la presenza in esso di una massa di tessuto a tipo placentare. L'esame microscopico del coagulo asportato dimostrò ch'esso era realmente un semplice coagulo sanguigno; l'esame microscopico della parete della cavità ovarica sanguinante doveva confermare che si trattava della rottura di un follicolo di Graaf, specialmente per i caratteri microscopici del tessuto circostante al focolaio emorragico e l'aspetto quasi festonato, tipico della cavità follicolare. La sindrome appendicitica osservata è certamente da considerarsi d'origine riflessa perchè non fu trovata una flogosi appendicolare tale da provocare una vera colica. In quanto alle cause di queste eccezionali emorragie osservate per la rottura del follicolo di Graaf, rottura che abitualmente passa inosservata, non si può avanzare alcuna ipotesi perchè le osservazioni sono state fatte in genere su donne perfettamente sane; unico dato riscontrato frequentemente è stata la degenerazione microcistica delle ovarie che contenevano il follicolo sede della emorragia.

Solo nel caso di William Boss l'emorragia è da attribuirsi a una malattia bene conosciuta, la leucemia mieloide, dimostrata con l'esame del sangue e l'autopsia.

In quanto alla diagnosi preoperatoria, finora non è stata mai fatta come si rileva dal lavoro di Brakeley e Farr e dagli altri casi da me riscontrati nella letteratura: si pensa in genere all'appendicite acuta per la sindrome ileocecale; talora alla rottura d'una gravidanza extrauterina se prevale la sindrome dell'anemia acuta. Nel caso da me osservato le due sindromi erano tutt'e due così nette da non permettere una sola ipotesi diagnostica.

È poi da ritenere che molte emorragie, anche cospicue, da rottura del follicolo di Graaf, passino inosservate, perchè quasi tutti i casi comunicati rappresentano un reperto operatorio inaspettato. Alcune volte la rottura del follicolo di Graaf è stata l'unica lesione riscontrata, altre volte l'osservazione fu fatta durante un intervento chirurgico determinato da un altro processo morboso, quale l'appendicite acuta

BIBLIOGRAFIA.

1) BRAKELEY e FARR. *Rupture of a Graaf's follicle simulating an acute appendicitis.* The American Journal of the medical Sciences, volume CLXXII, n. 4, ottobre 1926, pp. 580-585.

2) BECK F. *Ein Beitrag zu den intraabdominellen Blutungen aus den Ovarien (Corpus luteum).* (Städt. Krankenh., Bietigheim). Zentralbl. f. Gynäkol., Ig. 50, n. 31, S. 2009-2012, 1926.

3) BOSS W. *Intraabdominale Blutung unter der Bilde einer Appendicitis.* (Israel. Krankenh, Berlin). Berl. Klin. Wochenschrift, Ig. 58, n. 40, S. 1180-1181, 1921.

4) CRANWELL. *Inondation péritoneale pour rupture d'un follicule de Graaf.* Bull. de l'Acad. de méd., 1912, p. 185.

5) DIETER O. *Ein Fall von auffallend starker intraabdomineller Blutung aus dem Ovar während der Menstruation.* Zentralbl. f. Chir., Ig. 54, n. 3, S. 142, 1927.
6) DENONVILLIERS. Bull. de la Soc. de Chir., 1851.
7) FORGUE et MASSABUAU. *Gynékologie.*
8) NÉLATON. Gaz. des Hôp., 1850.
9) ODERMATT W. *Intraabdominelle Blutungen aus geplatzem Corpus luteum unter den Symptomen einer akuten appendicitis.* Bruns Beitr. z. Klin. Chirurg., Bd. 129, H. 3, S. 663-676, 1923.
10) PENN H. S, *Rupture of ovary with massive hemorrhagie as a complication of an acute appendicitis. Report of a case with review of the literature.* Boston med. a. surg. journ. Vol. 187, n. 5, p. 183-184, 1922.

MEDICINA SOCIALE

La lotta antiadenoidea a Roma e i suoi primi risultati (1927-28).

Prof. Dott. TOMMASO MANCIOLI
Direttore dell'Istituto per l'Adenoidismo del Governatorato di Roma.

L'Istituto del Governatorato di Roma per la cura dell'adenoidismo, sorto nel 1926, assurto a centro della lotta antiadenoidea che il Duce con sua circolare marzo 1926 bandì per tutta Italia, mentre intensifica la sua azione di propaganda e di ricerche scientifiche che hanno interessato tutte le altre istituzioni che sul suo esempio vanno sorgendo (attualmente 28 Istituti antiadenoidei in Italia e alcuni anche all'estero), va estendendo la sua azione assistenziale a tutte le collettività giovanili, oltre gli alunni delle scuole del Governatorato per cui era stato fondato.

All'azione di Roma doveva corrispondere un'attività sincrona in altri centri d'Italia che fin dal primo momento avevano seguìto l'esempio di Roma e a ciò si costituiva in seno alla Società italiana di otorinolaringoiatria un Comitato Nazionale Volontario Antiadenoideo che nel suo primo anno di vita (1927) esplicava la sua attività con conferenze (Citelli a Catania; Garbini a Messina; Rugani a Siena; Della Cioppa a Napoli; Tommasi a Lucca; Mancioli a Roma, Reggio Calabria, Palermo, Aquila, Jesi, Terni; Fornaci a Bari, ecc.) e con pubblicazioni (Caliceti, Rugani, Della Cioppa, Mancioli, Fornari, Turtur, ecc.).

La *frequenza* dell'adenoidismo è stata una questione fin qui assai dibattuta perchè non esistevano statistiche generali fatte con rigore di disposizioni non solo per una nazione ma neppure per una città.

Non vale la considerazione che tenendo presenti i molteplici fattori che direttamente e indirettamente determinano o favoriscono l'adenoidismo perchè se ne debba presupporre una grande diffusione nelle prime età della vita.

Infatti le numerose cause localistiche o individuali, di ambiente e di clima e di condizioni igieniche generali possono favorire o ostacolare l'adenoidismo e tutto ciò unito alla promiscuità del materiale osservato e alla differenza di criterio di diagnosi e di esame che ciascun osservatore ha seguìto nelle sue ricerche personali, ha portato delle grandi differenze di cifre per cui le statistiche hanno avuto un valore assai relativo perchè se troppo basse contraddicevano l'evidenza della diffusione, se troppo elevate venivano da taluni attribuite per lo meno a criteri soggettivi poco razionali od esagerati degli osservatori.

Esaminando le scarse statistiche riportate dai vari Autori osserviamo che i criteri scelti per base diagnostica — quando vengono riferiti — furono in principio assai ristrettivi sicchè si segnalavano solamente le forme più eclatanti di *vegetazioni adenoidi.* In seguito, con la diffusione delle notizie otorinolaringologiche, con i metodi più diffusi e più fini di esami obiettivi completi, con gli studi sulle molteplici correlazioni fra le alterate funzioni e le glandole a secrezione interna, moltissime alterazioni funzionali e organiche furono riportate alla sindrome dell'adenoidismo.

Base essenziale, dunque, di tante differenze statistiche, oltre la limitazione o lo speciale carattere dei gruppi esaminati (altro è esaminare i bambini di una scuola o quelli che si presentano a un ambulatorio otoiatrico!) fu che alcuni fecero la statistica delle *vegetazioni adenoidi*, altri dell'*adenoidismo.*

Una notevole decisione è venuta ora a chiarire il discusso problema della frequenza dell'adenoidismo in Italia.

Il Presidente dell'Istituto Centrale di Statistica al cui ufficio, dipendente dalla Presidenza del Consiglio, spetta per legge ogni organizzazione di studio statistico, nominò una sottocommissione di studio per discutere sul seguente argomento: « Rilevazioni statistiche sulla morbilità dell'adenoidismo in Italia ».

Le proposte della sottocommissione furono quelle di fondare la statistica dell'adenoidismo per osservazioni analitiche determinate, in gruppi omogenei di collettività giovanile, affidandola a personale specializzato.

Il Ministero dell'Interno ha incaricato della statistica il Comitato Nazionale Volontario Antiadenoideo con un delegato per provincia.

Ciascun delegato tenendo conto dell'enorme

massa di visitandi previo accordo con l'Ufficio d'Igiene, dividerà le ricerche statistiche con altri colleghi portando tutti volontariamente, senza compenso, il contributo del loro lavoro.

Prima di tale disposizione, nell'anno scolastico decorso, il sottoscritto propose all'Ufficio d'Igiene di Roma che la statistica degli adenoidei nelle scuole fosse affidata, come prima selezione, ai medici scolastici.

Questi visitarono 45.125 alunni dei quali risultarono adenoidei 17.293 e cioè il 38.40 %.

Riguardo alle differenze di percentuali presentate dai vari medici scolastici oscillanti fra il 20 e il 52.76 % bisogna tener conto anzitutto della personale sensibilità diagnostica (infatti il prof. Paparozzi che è libero docente in otorinolaringoiatria, denuncia il 52.76 % di adenoidei, gli altri che sono medici generici, danno tutti percentuali inferiori). Vedremo le differenze con la statistica che si farà quest'anno su criteri sintetici e da specialisti.

Le differenze, oltre che da criteri personali di apprezzamento dipendono anche certamente dalla ubicazione delle varie scuole e dall'elemento di grado sociale prevalente.

(A Milano fu già osservato che mentre nelle vecchie scuole qualche anno fa la percentuale dell'adenoidismo raggiungeva il 75 %, negli alunni che frequentano ora le grandi scuole all'aperto, la percentuale si abbassa al 10.20%).

Nelle scuole di Roma abbiamo potuto fin d'ora osservare che la frequenza dell'adenoidismo non è esclusivamente in rapporto con le condizioni sociali, quanto con le condizioni di salubrità dell'abitato e dell'ambiente scolastico. Le grandi scuole moderne della periferia che accolgono i figli del popolo dimoranti nelle ariose case popolari moderne, presentano meno adenoidei di alcune vecchie scuole del centro frequentate dai ragazzi della più agiata borghesia, dimoranti nelle buie case di alcuni vecchi Rioni di Roma.

Il sottoscritto scelse 2434 alunni più abbisognevoli di cure, ne operò oltre 500 e fece praticare circa 40.000 inalazioni: il servizio procedè ordinato e senza alcun incidente: quasi tutti i ragazzi prima e dopo la cura furono sottoposti a una serie di ricerche che qui riportiamo.

Gli effetti delle cure dell'adenoidismo.

Sono da tempo già ben noti gli effetti della estirpazione delle vegetazioni adenoidi, ma mancava finora una statistica numerosa su una popolazione giovanile quasi coetanea, di poche differenze sociali e di una stessa città.

Poichè la cura dell'adenoidismo non è esclusivamente chirurgica, ma nelle forme di adenoidismo diffuso senza stenosi nasale, deve consistere essenzialmente nella cura generale, abbiamo organizzato nel nostro Istituto la terapia inalatoria, usando specialmente acque salsobromoiodiche e sali di calcio a seconda dei casi, mentre i ragazzi affetti da vegetazioni adenoidi propriamente dette erano sottoposti al raschiamento e in seguito alle polverizzazioni sopradette.

Abbiamo accuratamente sottoposto ad esame del peso, del perimetro toracico e dell'altezza, 500 ragazzi di ciascun gruppo e riferiamo qui sotto i risultati ottenuti.

A) Su 500 alunni sottoposti al raschiamento delle vegetazioni adenoidi e poi alla terapia inalatoria, dopo 15 giorni

rimasero stazionari di peso			40	alunni
aumentarono di peso	di	100 gr.	10	»
» » »	»	200 »	30	»
» » »	»	300 »	40	»
» » »	»	400 »	30	»
» » »	»	500 »	100	»
» » »	»	600 »	30	»
» » »	»	700 »	50	»
» » »	»	800 »	40	»
» » »	»	900 »	50	»
» » »	»	1000 »	60	»
» » » più	»	1000 »	20	»

Aumentarono di peso il 92 %.

B) Su 500 alunni sottoposti al raschiamento delle vegetazioni adenoidi, e poi alla terapia inalatoria, dopo 15 giorni

rimasero stazionari di altezza		alunni	120
aumentarono di altezza	di cm. 0,50	»	60
» » »	» » 1	»	160
» » »	» » 1,50	»	25
» » »	» » 2	»	80
» » »	» » 2,50	»	15
» » »	» » 3	»	30
» » » più	» » 3	»	10

Aumentarono di altezza il 76 %.

C) Su 500 alunni sottoposti al raschiamento delle vegetazioni adenoidi e poi alla terapia inalatoria dopo 15 giorni

rimasero dello stesso perim. toracico		alunni	60
aumentar. il perim. torac.	di cm. 0,50	»	45
» » » »	» » 1	»	155
» » » »	» » 1,50	»	10
» » » »	» » 2	»	145
» » » »	» » 3	»	65
» » » »	» » 4	»	20

Aumentarono di perimetro toracico l'88 %.

D) Su 500 alunni affetti d'adenoidismo lieve sottoposti alla sola terapia inalatoria dopo 15 giorni:

rimasero stazionari di peso		90 alunni
aumentarono di peso di	100 gr.	40 »
» » » »	200 »	40 »
» » » »	300 »	50 »
» » » »	400 »	30 »
» » » »	500 »	95 »
» » » »	600 »	20 »
» » » »	700 »	30 »
» » » »	800 »	15 »
» » » »	900 »	10 »
» » » »	1000 »	55 »
» » » più »	1000 »	20 »

Aumentarono di peso l'82 %.

E) Su 500 alunni affetti d'adenoidismo lieve sottoposti alla sola terapia inalatoria dopo 15 giorni:

rimasero stazionari in altezza		alunni 150
aumentarono di altezza di cm.	0,50	» 90
» » » » »	1	» 130
» » » » »	1,50	» 50
» » » » »	2	» 90
» » » » »	2,50	» 20
» » » » »	3	» 20

Aumentarono di altezza il 70 %.

F) Su 500 alunni affetti d'adenoidismo lieve e quindi sottoposti alla sola terapia inalatoria dopo 15 giorni:

rimasero dello stesso perim. toracico		alunni 105
aumentar. il perim. torac. di cm.	0,50	» 55
» » » » » »	1	» 145
» » » » » »	1,50	» 10
» » » » » »	2	» 135
» » » » » »	3	» 50

Aumentarono del perimetro toracico il 79 %.

Ricapitolando i risultati ottenuti sono i seguenti:

Su 500 alunni sottoposti al raschiamento delle vegetazioni adenoidi e poi alla terapia inalatoria si è ottenuto:

aumento di peso	nel 92 %
» » altezza	» 76 %
» » perimetro toracico	» 88 %

Su 500 alunni affetti d'adenoidismo lieve e quindi sottoposti alla sola terapia inalatoria si è ottenuto:

aumento di peso	nel 82 %
» di altezza	» 70 %
» del perimetro toracico	» 79 %

Perchè il compito dell'Istituto antiadenoideo di Roma mantenga il suo primato in Italia (non per arido sentimento di egemonia ma perchè serva di fecondo stimolo ad altre istituzioni, e possa così maggiormente contribuire ad estendere i vantaggi fisici e psichici nei fanciulli di oggi, la popolazione di domani), è necessario che si porti a termine il programma che si deve ancora svolgere su direttive per cui furono già fatte concrete proposte.

1) Rendere possibile che la cura sia praticata al maggior numero di giovani (ampliamento di locali, aumento di personale, risolvere il problema del mezzo di trasporto per i ragazzi che vengono a curarsi); coordinare il lavoro colle Direzioni dei balilla, piccole italiane, maternità e infanzia, scuole secondarie ecc.

2) Fare che l'Istituto si mantenga nel grado non solo di Istituto assistenziale ma anche di osservatorio scientifico per tutto quel che riguarda la cura dell'adenoidismo (tenendo conto dell'immenso materiale, coordinare lavori scientifici con gli istituti di antropometria, di fisiologia, di psicologia sperimentale, di clinica medica ecc.).

Vogliamo rimanere obiettivi nel nostro campo e lasciamo ad altri considerare l'enorme contributo, che tale organizzazione può portare nel campo assistenziale specialmente per contribuire al complemento e al compito delle colonie climatiche.

Novembre, 1928.

SUNTI E RASSEGNE.

TISIOLOGIA.

Insidie nella diagnosi di tubercolosi polmonare.

(S. VERE PEARSON. *The Lancet*, 12 genn. 1929).

Nella tubercolosi, come in ogni altra malattia, è importante per il medico come per il paziente diagnosticare non già uno stato, ma un processo e la terapia va diretta al malato e non già alla malattia. È difficile agire sempre con tali criteri in questi tempi di denuncia, in cui ogni malato deve essere etichettato, ma è certo che il trattamento va condotto secondo le reali condizioni del malato. Ora, la tubercolosi polmonare può esistere, ma essere antica ed inattiva; è invece importante riconoscere che la presenza della malattia deve produrre dei sintomi morbosi e che la diagnosi deve essere fondata anche sull'anamnesi e sui sintomi; non a torto è stato detto che se i medici continueranno a riguardare come soli mezzi di diagnosi i segni fisici ed i raggi X, si avranno continue tragedie.

I sintomi più comuni nella tubercolosi polmonare attiva sono: tosse, febbre, dolore e stanchezza. Su 200 malati di un sanatorio, la proporzione percentuale dei sintomi era la seguente: tosse (60 %), stanchezza (48), febbre (42); emottisi (27,8), perdita di peso (12). Ma, in questa statistica, non si parla del dolore, che l'A. ha invece osservato nel 70 %; ad esso si deve dunque rivolgere la massima at-

tenzione. In un caso dell'A., una giovane sposa si lamentava da tempo di dolori alla parte superiore del torace sinistro, che era stato ritenuto reumatismo muscolare; la perdita di peso, che si era osservata, era stata attribuita a vomiti della gravidanza ed a preoccupazioni. Parecchi mesi dopo il parto, la paziente viene esaminata ai raggi X, per una lieve tosse, con scarsa espettorazione che essa presentava e si trovarono i segni di caverne recenti ad entrambi gli apici.

Per quanto riguarda l'emottisi, si è osservato che, di solito, decorrono tre anni dalla comparsa della prima emorragia al ricovero in sanatorio. Se i medici fossero più abituati a fare eseguire la ricerca batterioscopica dello sputo nei casi sospetti, tali ritardi e le conseguenze disastrose per i malati sarebbero evitati. Il guaio si è che studenti e medici pratici non hanno abbastanza occasioni per vedere dei malati di tubercolosi, se non per quelli che frequentano i dispensarii e le istituzioni specializzate.

Se l'esame dello sputo è costantemente negativo e, specialmente se la quantità di esso è abbondante, si penserà alla bronchiectasia, particolarmente se le dita sono a clava; in tali casi, l'iniezione endotracheale di lipiodol chiarirà la diagnosi.

La febbre.

Molti non hanno un'idea precisa di che cosa si debba intendere per febbre, del miglior modo di rilevare l'aumento di temperatura e delle difficoltà per un'osservazione accurata. Il modo migliore per prendere la temperatura è quello di introdurre il termometro nel retto, ma se ciò è facile in un sanatorio, non lo è altrettanto nella pratica privata; quando lo si introduce nella bocca, lo si deve tenere almeno per 10 minuti. Una temperatura rettale di 98 F. (36°,7) al mattino e di 99,4 (36°,85) alla sera deve essere considerata febbrile; nella maggior parte, di fatto, essa è da ritenersi di 1 grado F. (0°,5) più alta della media normale. Per la temperatura orale, le letture vanno fatte più basse di 1 grado F.

Nelle donne è difficile tracciare una linea netta di demarcazione. L'A., a tale proposito, cita due casi di donne in cui la temperatura serale era di parecchio più alta di quelle sopra riportate. Una di esse camminava per parecchie miglia al giorno; l'altra era costretta a letto. Quest'ultima morì, un paio d'anni dopo per tubercolosi, l'altra ebbe tre figli e morì una ventina d'anni dopo per malattia diversa dalla tubercolosi.

Difficile è un giudizio esatto nei bambini, nei quali si hanno facili ascese; talvolta, in essi le adenoidi e le tonsille possono essere la base dei disturbi che simulano la tubercolosi.

Altre cause che possono dare febbre senza definiti sintomi di malattia sono: il nervosismo (talora può tenere la temperatura di 1 grado F. più alta), le infezioni microbiche (endocardite, linfogranuloma, ascesso epatico dissenterico, infezione perirenale, infezione ossea, ascessi nasali, tifoide o paratifo); la malaria, la febbre reumatica, la sifilide (che possono essere eliminate col criterio *a juvantibus*); i neoplasmi.

Il terrore della tubercolosi e la stanchezza fisiologica.

Un'altra insidia per il medico è tesa dallo stesso paziente o dai suoi parenti. Il terrore della tubercolosi è diffuso tra i profani, residuo di antichi tempi in cui la diagnosi di tubercolosi suonava la condanna del paziente, basato, in parte, su erronee idee a proposito della infettività. Quando i pazienti, ed anche i medici, avranno appreso che la tubercolosi è agevolmente curabile nella maggior parte dei casi e che non è infettiva, nell'ordinario significato della parola, il terrore della tubercolosi e l'ostinazione nel volerla trovare ad ogni costo scompariranno.

Un'altra insidia, la troviamo nel fatto che la stanchezza è dovuta a cause più o meno fisiologiche. L'A. cita il caso di una donna che presentava lievi aumenti di temperatura (fino a 36°,8) ed aveva lievi segni di fibrosi apicale; le necessità professionali la costringevano ad alzarsi molto presto al mattino ed erano la causa del senso di stanchezza che essa accusava. Il solo regime di sanatorio la fece aumentare di peso e fece scomparire stanchezza ed aumento di temperatura, senza che si sviluppassero segni di tubercolosi.

Questi casi in cui il sintomo principale è dato dalla stanchezza e gli altri segni e sintomi non conducono a nessuna conclusione rappresentano spesso una difficoltà notevole e sono molto interessanti.

Si tratta, più spesso, di donne, generalmente troppo magre, con una lieve tosse secca e temperature dubbie. Spesso hanno anoressia ostinata e lingua pulita. L'A. ha seguìto molti di questi casi; ben pochi di quelli in cui ha ritenuto assente la tubercolosi si sono poi ammalati di tale malattia; la maggior parte però sono rimasti di salute delicata per 1-2 anni. Tali pazienti vanno considerati sotto tre punti di vista: la presenza di lesioni tubercolari che, sebbene guarite, possono da un momento all'altro riaffacciarsi, il loro metabolismo generale, specialmente dal punto di vista endocrino e le loro condizioni psichiche.

Disturbi endocrini.

È noto che l'iperattività del simpatico e della tiroide possono produrre tachicardia, brividi, sudori, perdita di calcio ed aumentato metabolismo. Quando tale iperattività si accompagna a stanchezza e magrezza, si possono avere dei sospetti che si tratti di tubercolosi.

I primi stadî del morbo di Basedow possono essere così scambiati per tubercolosi, tanto più che è comune in questi malati un aumento di temperatura. Anche in assenza del morbo di Basedow, le interazioni fra le diverse ghiandole endocrine possono dare sintomi simulanti la tubercolosi. Le nostre nozioni sono però tuttora troppo poche per potere sperare di ovviare a tali stati morbosi con la somministrazione di estratti ghiandolari.

A proposito di tali questioni, l'A. ricorda il caso di una giovane diciannovenne che fu internata in un sanatorio dove risentì vantaggio da iniezioni di tubercolina. Con tutta probabilità, essa non aveva affatto tubercolosi e le dette iniezioni agirono soltanto come « shock » proteinico, che mise in attività l'apparato tirosurrenalico; la paziente gode ora, da molti anni, ottima salute.

Quando le nostre cognizioni su tali argomenti saranno più precise, si potrà più agevolmente arrivare alla diagnosi ed istituire una cura più efficace; anche i rapporti fra l'elioterapia e le ghiandole endocrine (surreni e pituitaria) sono tutt'altro che noti. Augurandoci di arrivare presto ad una migliore comprensione di tali argomenti e ad una cura più razionale, si può per ora continuare nel sistema adottato del regime e della vita igienica del trattamento sanatoriale, che dà buoni risultati in molti dei così detti « casi difficili ».

Psicoterapia e radiologia.

Può essere talora necessario ed utile indagare se delle cause psichiche stanno alla base di disturbi vaghi, che possono fare sospettare la tubercolosi. Talora delle delusioni amorose, delle aberrazioni sessuali, lo stesso timore di essere tubercolotici possono provocare un complesso di sintomi, che sono generalmente attribuiti a tubercolosi ed è bene aver presente la possibilità di tale insidia.

Non raramente, poi, la diagnosi errata di tubercolosi è connessa con un'eccessiva fiducia od una cattiva interpretazione di un mezzo molto utile in pratica, dell'indagine radiologica. Errori di tal genere sono dovuti a diverse cause, quali: l'incompleta cooperazione fra il medico ed il radiologo, la tecnica imperfetta e l'ignoranza delle condizioni normali; quest'ultima è la più comune.

Filippini.

Chemioterapia della tubercolosi polmonare.

U. Carpi, nella sua relazione al II Congresso della S. I. I. di Studi Scientifici sulla Tubercolosi tenuto a Roma nell'ottobre 1928, è giunto alle seguenti conclusioni:

L'auroterapia costituisce oggi un mezzo di terapia chimica ad azione elettivamente curativa nella tubercolosi polmonare subacuta o cronica circoscritta o almeno a focolai circoscritti senza che si possa delimitare la sua indicazione a un tipo clinico determinato. La esperienza porterebbe per un'indicazione particolarmente favorevole per le forme a tipo essudativo o essudativo produttivo a decorso subacuto e nelle poussées evolutive delle forme apiretiche croniche non ancora stabilizzate.

Anche il Mayer ha notato questa particolare azione della sanocrisina nelle poussées evolutive della tubercolosi polmonare cronica.

E. Dumarest ha avuto risultati efficaci nella granulia cronica.

Si potrebbe anche dire che l'azione dei preparati aurei è limitata al singolo episodio evolutivo recente di certe forme speciali di evoluzione della tubercolosi polmonare a tipo essudativo a piccoli focolai circoscritti, forme già note agli antichi anatomo-patologhi che l'hanno descritta col nome di pneumonite desquamativa e che è l'elemento primordiale dei processi tisiogeni e si differenzia nettamente dai processi nodulari a tipo produttivo.

È una forma caratteristica della patologia tubercolare umana, non riproducibile sperimentalmente. E questa constatazione può forse spiegare come in questo capitolo così complesso di terapia, i risultati sperimentali siano troppo modesti di fronte ai risultati della terapia classica che è pure per noi un prezioso campo di osservazioni sperimentali. In questo, l'osservazione attenta e metodica scopre e fissa leggi che precorrono spesso la prova sperimentale e che noi dobbiamo tuttavia individuare e valorizzare. L'indagine radiologica è per noi oggi il sussidio che ci guida nella condotta là dove non può arrivare la dimostrazione risolutiva dell'osservazione anatomo-patologica.

Ora per quanto si riferisce alla pneumonite desquamativa, essa rappresenta una delle manifestazioni più caratteristiche delle forme essudative iniziali e può assumere anche un carattere diffusivo a tipo di focolai multipli disseminati che rispondono al quadro di certe forme di tubercolosi miliari localizzate al solo polmone. Un particolare interesse assumono in questo campo le recenti osservazioni di autori francesi (Argant, Guyesse e Pelissier) le quali porterebbero a considerare le cellule di rivestimento alveolare del polmone non come elementi di origine epiteliale ma come elementi mesenchimali dotati di attività fagocitaria e capaci di trasformarsi in fagociti mobili e affini per ciò agli elementi del reticolo endoteliale.

E. Faurette e Fournier hanno messo in evidenza l'accumulo di colesterina nel loro protoplasma, ciò li fa considerare molto affini agli elementi istiocitari del reticolo endoteliale.

Queste vedute porterebbero a vedere nella pneumonite desquamativa una forma di reazione caratteristica del reticolo endoteliale pol-

monare di fronte alla localizzazione del bacillo di Koch e porterebbe a spiegare il perchè in queste forme l'azione dei sali metallici dia i suoi effetti più caratteristici e più costanti.

Invero il meccanismo d'azione dei sali aurei osservato nella modalità dei suoi effetti terapeutici non può in nulla riferirsi ad un'azione chemioterapica specifica nel senso di una terapia sterilizzante. Essa si presenta piuttosto come un'azione di stimolo di natura specifica sui focolai tubercolari; un'azione diretta più che sui germi, sul substrato strutturale sul quale il processo della localizzazione tubercolare si svolge provocando in esso le prime reazioni difensive da parte degli elementi linfatici istiocitari endoteliali. E un tale stimolo si può identificare coll'azione reticolo endoteliotropa dei sali metallici e che i sali aurici posseggono in misura spiccata.

Un'azione battericida diretta sui focolai tubercolari non è dimostrabile da nessun risultato sperimentale e comunque non può ritenersi un fattore affatto secondario nel meccanismo d'azione della chemioterapia aurica.

I sali metallici agirebbero in via catalitica stimolando l'autolisi dei focolai desquamativi polmonari e all'azione dei prodotti di disfacimento suscitata nei focolai da questa azione enzimatica disintegrativa, dovrebbe riferirsi la reazione di focolaio. La reazione di focolaio sarebbe accompagnata da una rapida delimitazione del focolaio dal tessuto sano (Ceszti, Levy), a differenza della reazione di focolaio tubercolinica che mostra, di regola, una tendenza alla diffusione del processo infiammatorio reattivo al tessuto sano.

L'azione secondaria dei sali aurei sull'organismo (stomatiti, ittero, esantema, emottisi, lesioni nefritiche, albuminurie, ematurie), è da riferirsi all'azione tossica, specie sui capillari del preparato metallico per se stesso (nel senso di Heubner).

Esso deve essere eliminato con una prudente e frazionata posologia del preparato che deve stimolare e non distruggere; deve eccitare i poteri difensivi mesenchimali e non paralizzarli.

Gli effetti terapeutici non sono uniformi anche per le forme tubercolari che presentano lo stesso tipo di decorso. V'è una sensibilità individuale alla auroterapia, che va saggiata di volta in volta coll'esperienza clinica e che corrisponde alla reattività individuale (costituzionale nel senso di Pende) del sistema reticolo-endoteliale.

Questa sensibilità riconosciuta, deve servire di orientamento per la cura per non esporci ai danni dell'azione tossica del preparato usato a dosi irrazionali, lì dove solo in casi appropriati, le dosi minime, possono essere utili per raggiungere un'efficacia terapeutica.

Per ciò che si riferisce al tipo dei preparati aurici che si prestano alla crisoterapia, è bene dare la preferenza a quelli di costituzione chimica meno complessa: e in via di graduazione dell'efficacia, si deve dare il primo posto ai tiosolfati di Au e Na (sanocrisina, crisalbina, solfocrisolo).

Una notevole efficacia dobbiamo anche riconoscere all'aurosolfato sodico (Auritiol I.C.N.) il quale in confronto della sanocrisina presenta una tossicità inferiore ed offre la possibilità della somministrazione sottocutanea e endomuscolare.

I preparati a formula più complessa (crysolgan, triphal, aurophos), sono meno attivi e da usarsi con dosaggi più prudenti.

Un cenno speciale spetta ai preparati misti, aurici legati a radicali arsenobenzolici e benzofosforici (neocrisolo, aurocrisolo, fosfocrisolo) che uniscono un elemento collaterale di cura stimolante del ricambio generale e del metabolismo cellulare all'azione del radicale aurico.

Per quanto riguarda le applicazioni cliniche, non è necessario ripetere gli effetti, a tutti noti, della crisoterapia sulle manifestazioni morbose sintomatiche della tubercolosi (la febbre, la tosse, l'espettorazione, le modificazioni della nutrizione generale, le modificazioni del reperto bacillare, quelle dei segni stetoscopici e dei segni radiologici). Gli accidenti immediati (nausee, vomito, cefalee, reazioni vasomotorie) della terapia aurica (specialmente per via endovenosa), le manifestazioni reattive generali e locali, gli accidenti tossici (cutanei, digestivi, renali, epatici) possono essere evitati con un uso razionale di essa.

Oltre alle forme polmonari recenti circoscritte primarie o secondarie a tipo prevalentemente essudativo polmonare, nelle quali la crisoterapia dà i suoi risultati più favorevoli, risultati davvero brillanti l'A. ha ottenuto in due forme di tubercolosi linfoglandolare a tipo granulomatoso, circoscritto in un caso alle ghiandole ascellari e inguinali con decorso iperpiretico grave, quasi setticemico.

In questi casi, nei quali ogni altra terapia aveva fallito, l'auroterapia coll'aurosolfito di oro (Auritiol) per via endovenosa, dette un risultato deciso, netto, e rapidamente risolutivo delle manifestazioni morbose con dosi relativamente ridotte di preparato (0.05-0.10-0.20 su una dose totale di Gr. 3 a Gr. 5).

Questi casi confermano l'interpretazione che oggi si afferma dell'azione reticolo-endoteliotropa dei sali aurici.

Infine un risultato dei più favorevoli l'A. ha avuto anche in due casi di lupus eritematodes: uno dei quali ribelle ad ogni cura precedente. Questi risultati concordano con quelli ottenuti da Jiaia che, nel lupus eritematodes ebbe il 90 % di guarigioni e nelle tubercolosi cutanee nodulari, il 40 % di risultati favorevoli.

A. P.

TUMORI.

Il colesteatoma del cranio.

(Kempmann. *Beitr. z. Klin. Chir.*, 1927, Bd. 139, H. 2).

Ricorda la genesi di alcuni tumori da *ectopia di tessuti* e le esperienze di Schweninger, Kaufmann, Ribbert e le recenti di Braun, che mettendo in ferite dei pezzi d'epidermide ha visto formarsi delle *cisti epidermali.* Da alterazioni ectodermiche naturali si hanno le specie di tumori *dermoide* con epidermide e sottocutaneo, *epidermoide e colesteatomi* con sola epidermide. Essi si trovano specialmente nei punti in cui *lo sviluppo embrionale è complicato.* Un caso speciale di *colesteatomi multipli* della doccia di chiusura midollare è quella di Trachtenberg in cui piccoli e grossi tumori occupavano la pia del collo, torace e lombi in tutta la lunghezza. Il maggior numero di questi *tumori a perla* si hanno nel *cranio* e nel *cervello.* I colesteatomi *della base cranica* sono più frequenti: essi s'impiantano quasi sempre *nella pia* mentre quelli della convessità sono epidurali o endossali.

I casi finora noti nella letteratura sono 8. Alcuni hanno lasciato l'*osso intatto* altri l'hanno usurato e fatto sporgenza per es. nell'*orbita.* Altri colesteatomi sono descritti come *primitivi dell'orbita, dei mascellari.*

Un caso riferito dall'A. riguardava una donna di 49 anni che sulla metà sinistra del cranio vicino all'occipite presentava un gonfiore che si accresceva *lentamente* senza alcun disturbo. La tumefazione sotto la cute era grossa quanto *una palma di mano* senza limiti netti, senza arrossamento, a consistenza elastica, non fluttuante. Colla pressione non si provocava alcun disturbo. *Minima alterazione del liquor, della visione e della sensibilità. Wass.-neg.*

All'esame radioscopico si aveva difetto osseo quanto una palma di mano. Si pensò ad un tumore metastatico. All'operazione (Coenen) preparati i tegumenti si trovò una membrana giallo-rossa che sporgeva dal difetto osseo. Incisa la membrana si trovò una *massa perlacea bianca* che si asportò facilmente dal letto che era formato dalla dura, dalla teca cranica e dal cuoio capelluto. Dopo regolarizzazione dei margini ossei fu suturata la pelle e fatta una fasciatura compressiva. Il decorso fu ottimo, senza complicazioni cerebrali.

L'esame istologico fece rilevare che la *membrana era costituita* da due strati: uno *connettivale* e l'altro *epiteliale.* Questo aveva uno strato di *cellule basali* con cellule cubiche, uno strato irregolare di *cellule spinose* con *lamelle cheratiniche* e finalmente uno strato di rivestimento costituito da una *massa lamellare* sensa nuclei che andava verso il centro del tumore.

Anche in questo caso si trattava di un colesteatoma a sviluppo epidurale. Casi di colesteatomi svolti nei ventricoli sono descritti da Tannaheim e Scholz, Chomel localizzati nella matrice del plesso piale e perciò detti colesteatomi basali piali come quelli descritti da Virchow e da Müller.

R. Brancati.

Colesteatoma delle meningi e sindrome ponto-cerebellare.

(Wertheimer, Dechaume e Vinoy. *Lyon Chir.*, n. 3, 1928).

Gli AA. descrivono un caso di colesteatoma meningeo primitivo della regione sottopeduncolare destra con una netta sindrome ponto-cerebellare. Nel quadro clinico mancava qualunque segno di ipertensione intracranica (non aumento di pressione alla puntura lombare, nè papilla da stasi). All'operazione fu trovata una neoformazione biancastra, incapsulata, friabile che venne asportata per via sottocapsulare. La paziente morì in 4ª giornata per arresto respiratorio consecutivo a un movimento di deflessione della testa. Un simile incidente avvenuto durante l'atto operatorio era stato facilmente superato.

Autopsia: campo operatorio netto.

All'esame istologico il tumore risultò formato per la massima parte da formazioni lamellari di aspetto grassoso simili alla colesterina, limitate alla periferia da uno strato di epitelio di tipo ectodermico, nel quale erano ben visibili le cellule eleidiniche, e successivamente da uno strato di tessuto fibroso.

Molto si è discusso sulla patogenesi del colesteatoma del sistema nervoso. Gli AA. attribuiscono a questo termine un significato puramente morfologico potendosi con esso indicare sia un tumore primitivo, sia un tumore secondario, sia una neoformazione da processi infiammatori cronici del condotto uditivo. Sarebbe meglio quindi parlare di « *degenerazione colesteatomatosa* ».

A carico del sistema nervoso si sono descritti:

a) *Colesteatomi dei plessi coroidei,* che secondo i recenti contributi sembrano corrispondere a modificazioni di un processo infiammatorio cronico.

b) *Colesteatomi delle meningi,* eccezionali nelle meningi spinali, meno rari nelle meningi cerebrali che spesso sono dei veri tumori primitivi delle meningi e per la spiegazione dei quali esistono varie teorie:

1) *La teoria dell'endotelioma* che fa derivare questi tumori dall'endotelio meningeo o ara-

cnoideo e classifica come endoteliomi la maggior parte dei tumori meningei. Per ragioni embriologiche e morfologiche gli AA. parteggiano invece per la teoria del meningoblasta di Oberling.

2) *La teoria dell'inclusione fetale* che ammette un'origine epiteliale basandosi sul tipo dell'epitelio di rivestimento che spesso, come nel caso descritto, mostra il caratteristico strato di cellule eleidiniche. Si tratterebbe di un'inclusione epidermica nel periodo embrionario, nello stadio di chiusura del tubo midollare o di formazione delle vescicole cerebrali.

Però la lenta apparizione dei sintomi e l'evoluzione clinica fanno pensare che si tratti di una modificazione in una malformazione, anzichè di un'evoluzione neoplastica vera e propria. Così per il caso esposto gli AA. pensano che si tratti di una trasformazione colesteomatosa di una specie di cisti epidermoide delle meningi.

Dal punto di vista clinico è da tener presente che data la lentezza dell'evoluzione può mancare ogni segno d'ipertensione intracranica il che non deve infirmare la diagnosi quando siano presenti gli altri sintomi di compressione dei nervi cranici e delle vie piramidale e cerebellare.

Quanto alla tecnica gli AA. raccomandano quella di Cushing e di De Martel, in posizione seduta e in anestesia locale. L'ablazione del tumore può essere totale extracapsulare, o, intracapsulare. La prima se è più sodisfacente dal punto di vista chirurgico espone però a gravi rischi di emorragia e sezione di tronchi nervosi. Nella prognosi tener conto della compressione bulbare che nel caso descritto determinò la morte per la deflessione della testa. Utile perciò l'applicazione di una minerva gessata che fissi la testa in flessione.

G. PACETTO.

L'invasione delle ossa craniche da parte di tumori della dura.

(I. TAYLOR. *Brit. Journ. of Surgery*, luglio 1928).

Si tratta di quei tumori che da Virchow vennero definiti « psammomi » e sarcomi, benchè dei sarcomi non avessero tutte le caratteristiche. Vennero in seguito inclusi nella classe degli endoteliomi, finchè Cushing li chiamò « meningiomi » e ne distinse due varietà: gli sferici con un limitato impianto sulla dura e quelli a piastrone con esteso interessamento di questa meninge. I meningiomi sono considerati come tumori benigni, benchè in determinate condizioni possano invadere le ossa del cranio le quali reagiscono con una proliferazione osteoblastica che provoca una iperostosi. L'A. crede invece che questa invasione dell'osso non differisca in nulla da quella che si osserva comunemente nei tumori maligni e che questi tumori debbano essere considerati come maligni.

Ha studiato due tumori durali macro- e microscopicamente e radiograficamente. Il primo, un tumore a piastrone, pezzo di autopsia, si era sviluppato sotto e sopra la dura, aveva invaso il parietale e sporgeva sotto il cuoio capelluto. La parte intradurale era formata da tessuto neoplastico molle. Le altre erano ossificate, con tralci ossei perpendicolari alla superfice dell'osso. Questo era in parte a tratti nella diploe sostituito da tessuto neoplastico. Radiograficamente si vedevano nello spessore dell'osso zone di rarefazione e zone di condensamento. Microscopicamente il tumore sembra un sarcoma fusocellulare, che cresce, si sviluppa negli spazi vascolari dell'osso provocando reazioni proliferative.

Le strie radiali nel tumore ossificato sono spazi vascolari circondati da osteoblasti. La seconda osservazione riguarda un tumore a piccola base di impianto, che comprimeva la zona sensitivo motrice e fu asportato operatoriamente. La superficie ossea interessata era molto limitata. Esami microscopici di questo tratto dimostrarono che gli elementi tumorali si infiltravano in uno spazio vascolare dell'osso, tappezzato da osteoblasti.

Intanto l'A. appoggiandosi in questo all'autorità di Kolodny, non crede che si possa stabilire una differenziazione fra l'osso che viene formato da un altro osso come reazione all'invasione per parte di un tumore e l'osso che si forma in seno a un tumore.

Studiando radiograficamente un sarcoma periosteo di una tibia ha osservato gli stessi aspetti radiografici del tumore durale a piastrone. Anche il quadro istologico di questo tumore, anche esso un sarcoma fusocellulare non differisce da quello durale per ciò che riguarda l'invasione, la reazione dell'osso e la formazione di osso in seno al tumore. Anche in questo caso il processo sembra consistere in una stimolazione all'attività e alla moltiplicazione degli osteoblasti seguita da una deviazione dalla normale ossificazione.

Ha studiato anche un sarcoma fusocellulare periosteo del calcagno che per i caratteri macro-microscopici e radiografici era esattamente simile al secondo caso riferito di tumore durale.

Così pure aspetti simili ha potuto dimostrare in un nodulo metastatico cranico a tipo osteoplastico condensante di un carcinoma della prostata.

In questi tumori osteoplastici l'osso neoformato può originarsi dagli osteoblasti dell'osso normale, dalle cellule neoplastiche, come segno reattivo,

dalle cellule dei connettivi. Le nostre cognizioni non ci permettono di ritenere come dimostrata nessuna di queste tre ipotesi.

Vi sono riferiti casi di meningiomi che hanno invaso i muscoli, hanno dato luogo a recidive locali, e a diffusione e penetrazione nelle vene. Invece non invadono mai il cervello.

Nè danno mai metastasi. Benchè a queste due regole facciano eccezione due casi rinvenuti nella letteratura dall'A.

Egli non crede che sulla base delle sue osservazioni si possa discutere la possibile origine aracnoidea dei tumori da lui osservati. Non la nega. Tiene solo a mettere in evidenza come sia inutile il voler fare di questi tumori durali entità patologiche a sè, con terminologia speciale, quando verosimilmente si tratta di processi simili a quelli che si possono svolgere ovunque.

M. ASCOLI.

AVVELENAMENTI.

Avvelenamento massivo da fosgene.

(HEGLER, WOHLWILL, MAYER. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1928, n. 37).

Il giorno 20 maggio 1928 in un villaggio presso Amburgo esplose un deposito di circa 11 tonnellate di fosgene. La grossa nuvola del gas a causa del tempo secco e caldo si sparse rapidamente nell'atmosfera ed un leggero vento di Nord-Est la spinse per oltre dieci chilometri fin sopra Amburgo. Furono invase strade, giardini e case.

Si verificarono numerosi casi di avvelenamento, e dopo poche ore furono ricoverati negli ospedali circa 300 individui. Anche coloro che accorsero al salvataggio furono a loro volta colpiti perchè sprovvisti di maschere contro i gas tossici.

Si verificarono in tutto dieci decessi.

Hegler ha studiato l'avvelenamento dal punto di vista clinico in sette individui che soccombettero.

In tutti e sette si riscontrarono gli stessi sintomi che si verificano in grado meno accentuato nei casi meno gravi e non letali.

Il primo sintoma è costituito da un senso di fastidio e d'irritazione laringea, seguito da tosse stizzosa, cattivo sapore in bocca, senso di graffiamento alla gola, vertigini, nausea e vòmiti. Sopratutto violenti furono i dolori all'epigastrio, che durarono qualche ora e anche qualche giorno. Invece i fatti irritativi a carico delle vie aeree superiori e anche della pelle furono molto attenuati e poco duraturi. Anche i fatti d'ipersecrezione nasale e bronchiale non furono imponenti.

L'odore caratteristico del fosgene emanava netto e persistente dalle persone avvelenate ed anche dai loro abiti, tanto che la diagnosi dell'avvelenamento si poteva fare con il solo olfatto. Ed un infermiere, che era sensibilizzato per aver subìto durante la guerra un avvelenamento fosgenico, soffrì gli stessi disturbi per aver soltanto assistito gli avvelenati.

A questi primi fenomeni tossici seguì un periodo di benessere che consentì ai pazienti di fare un lungo cammino a piedi. Solo dopo tre o quattro ore d'incubazione comparvero i primi sintomi dell'edema pulmonare. E qualcuno degli investiti dal gas ritenendo di essersela cavata si rifiutò di prendere ricovero in ospedale; ma dopo qualche minuto fu anche egli colto da sintomi di edema pulmonare.

I pazienti assumono una tinta rossastra e poi cianotica, mentre su tutto l'ambito pulmonare si ascoltano rantoli umidi. La sintomatologia dell'edema quindi scoppia in tutto il suo complesso. Fatto strano, essa assume un carattere più grave nei soggetti a capelli biondi e rossi. Ciò si verifica anche negli animali da esperimenti: nei gatti neri l'avvelenamento fosgenico è più leggero che nei bianchi.

Il quadro si aggrava rapidamente: la dispnea diventa intensa, si ha abbondante espettorato mucoso a tinta brunastra, e dopo 4-6 ore si ha la morte per asfissia.

Le funzioni renale ed epatica rimangono normali. La coscienza è sempre lucida e non si verificano disturbi nervosi o psichici. Solo in un malato, che morì dopo undici giorni dopo aver presentato un'embolia dell'arteria poplitea ed un infarto cardiaco, si manifestò un delirio.

Nei casi a lungo decorso, si ha un ispessimento del sangue che diventa di color cioccolatto, vischioso, e coagula rapidamente.

La pressione è bassa: nei casi più gravi si ha tachicardia ed in quelli leggeri bradicardia, che si ha sempre nel periodo di convalescenza.

Dopo la guarigione, a prescindere da qualche disturbo nervoso, non residua alcun fatto morboso degno di rilievo.

Fra le misure terapeutiche la più efficace si è dimostrato il salasso abbondante (500-850 cmc.).

Giovano anche le iniezioni endomuscolari di calcio, di lobelina e di strofantina.

Gli impacchi senapati, le inalazioni di ossigeno procurano molto sollievo.

È importante di evitare ai pazienti qualsiasi sforzo. Conviene trasportarli con precauzione. Ogni affaticamento muscolare e gli stessi tentativi di respirazione artificiale accelerano o aggravano l'avvelenamento.

Dei dieci individui morti per avvelenamento fosgenico sei furono sezionati da Wohlwill nell'Istituto anatomo-patologico dell'Ospedale Gene-

rale di S. Giorgio. Il reperto di queste autopsie fu presso che conforme a quello rilevato nei casi verificatisi durante la guerra.

Le lesioni principali riguardano l'apparato respiratorio. La laringe, la trachea, i grossi bronchi erano solo congestionati. Non si riscontrarono gli ascessi, le necrosi, le desquamazioni epiteliari descritti in alcuni casi di guerra, il che fa pensare che in questi ultimi l'avvelenamento non fu esclusivamente fosgenico.

Alterazioni più gravi si riscontrarono a carico dei bronchi interpulmonari e degli alveoli: infiltrazione, bronchite, peribronchite, talvolta pulmonite interstiziale, edema, sierosità intralveolare, processi questi tutti a focolaio, confinanti con zone intatte o enfisematose.

Wohlwill ritiene che queste alterazioni non determinate, come si è creduto dalle modificazioni sanguigne, ma da una lesione bronco-alveolare prodotte direttamente dal veleno, con alterazione dell'epitelio e della parete vasale e successive reazioni sui nervi bronchiali e vasali, per modo che si avrebbe: morte cellulare, iperemia, stasi, trombosi, congestione ed edema interstiziale ed intralveolare con tutte le sue conseguenze.

Le manifestazioni asfittiche non sono dovute ad una sostituzione dell'ossigeno con il gas tossico, ma alla sierosità intralveolare ed ai disturbi circolatori pulmonari e generali.

Gli altri organi presentano lesioni di stasi. Il fegato e le surrenali sono stati sempre trovati sani. Interessanti sono le gravi alterazioni degenerative del sistema nervoso il cui meccanismo di produzione non è noto come non è chiara la loro corrispondenza con la fenomenologia clinica.

Le ricerche ematologiche di Mayer hanno confermato in quest'occasione i reperti constatati durante la guerra. Indipendentemente dalla gravità dell'avvelenamento è stata constatata in tutti i casi una considerevole quantità di emetina. Questo fatto non è determinato dall'azione diretta del fosgene ma dall'acido cloridrico (il fosgene per idrolisi si sdoppia in HCl e CO_2). DR.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

A. DOMARUS. *Einführung in die Hämatologie.* Vol. di pag. 185 con 14 ill. nel testo e 3 tav. Edit. Thieme, Lipsia 1929.

Il nuovo trattato dell'A. rappresenta un complemento al suo « Manuale di ematologia clinica » e al bellissimo trattato pubblicato nel 1921 « Tecnica ematologica ». Nell'opera pubblicata troviamo la stessa completezza della esposizione, la stessa ricerca del dettaglio che tanto aiuta chi incomincia. Parallelamente alla maggior esperienza dell'A. va la trattazione. Nella prima parte sono esposti i metodi tecnici di ricerca, nella seconda parte la clinica delle malattie del sangue.

Numerose illustrazioni completano il libro, edito in bellissima veste tipografica.

VALDONI.

K. SCHLEIP et A. ADLER. *Atlas der Blutkrankheiten.* Un vol. di 174 pag. con 108 tavole a colori. Urban e Schwarzenberg, Berlino, 1928. Mk. 62.

Ad ogni studioso di ematologia sono note le difficoltà che continuamente s'incontrano nell'interpretazione di reperti ematologici e quanto, in tali occasioni, riesca sommamente utile avere a portata di mano, per poter eseguire confronti, tavole riproducenti elementi cellulari caratteristici per sottili diversità nella forma e nella colorazione.

Quest'Atlante è appunto una raccolta di quadri ematologici importanti clinicamente e caratteristici diagnosticamente.

La sua prima edizione, esaurita in breve tempo, non fu mai superata da altri testi congeneri per la chiarezza e la fedeltà delle riproduzioni.

Questa 2^a edizione è stata arricchita di altri 52 quadri ematologici che lo Schleip ha eseguito insieme al dott. Adler di Zurigo. Vi si trovano riprodotti dapprima tutti gli aspetti del sangue normale, poi le diverse leucocitosi, tutti i quadri delle varie forme di leucemie, gli eritrociti normali e nelle diverse varietà di anemie, dalla semplice postemorragica all'anemia perniciosa, all'anemia pseudo-leucemica, ecc. Le ultime 10 tavole sono riservate ai parassiti del sangue.

Un breve commentario, a lato di ogni tavola, indica le particolarità in essa contenute e ne facilita l'interpretazione. A. POZZI.

TRAMONTANO V. *Il granuloma maligno.* Napoli, Officina d'Arti Grafiche, 1927.

Così complesso è il quadro clinico del granuloma maligno, così oscura ancora la eziologia che ogni contributo di osservazioni cliniche ed anatomo-patologiche riesce pur sempre di grande utilità e per lo studioso e per il medico pratico. Questa monografia compiuta nell'Istituto di Anatomia Patologica di Napoli

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

diretto dal Pianese, porta un ampio contributo alla conoscenza clinica ed anatomo-patologica del granuloma maligno.

Ad una parte generale che raccoglie quanto fino ad ora è noto sull'argomento segue una dettagliata esposizione di 16 casi corredati dai risultati della biopsia o della autopsia.

Tutte le indagini bacteriologiche dirette a porre in evidenza l'eventuale agente del granuloma maligno ebbero risultato negativo. Nelle conclusioni l'A. dopo avere trattato della diagnosi, della prognosi, della terapia si dichiara nettamente contrario alla opinione della eziologia tubercolare del granuloma maligno, e ritiene che quei casi nei quali sono state riscontrate accanto alle lesioni linfogranulomatose, quelle tubercolari siano da interpretare come una associazione dei due processi morbosi.

Al testo sono aggiunte 4 tavole a colori, riproduzione di preparati istologici. Tr.

B. Breitner. *Die Erkrankungen der Schilddrüse.* 308 pag., 78 fig. Springer, Vienna, 1928. R. M. 24.

L'A., assistente del prof. Eiselsberg, che ha scritto la prefazione al libro, riassume in questo volume, accanto ad una buona parte della letteratura sulla patologia della tiroide, l'esperienza personale di vari anni tentando di dimostrare con i fatti osservati il valore delle teorie oggi più accette intorno alla fisiologia ed alla patologia della tiroide.

Circa la metà del libro è dedicata alla terapia di cui sopratutto diffusa è la parte riguardante la cura chirurgica specialmente per quello che concerne le indicazioni ed i risultati delle singole operazioni.

In fine del volume è posta un'abbondante letteratura. Il libro è edito con pregevole cura; le figure sono assai dimostrative, scelte con cura e riprodotte con una nitidezza superiore ad ogni elogio. D. M.

G. E. Beaumont y E. C. Dodds. *Medicina (Recientes Adquisiciones)*; traduzione dalla 4ª ed. ingl. per i dott. J. Die y Mas. Vol. in-8°, di 450 pagg. Morata, Madrid.

I rapidi progressi che continuamente avvengono nelle diverse branche della medicina e della chirurgia difficilmente possono essere seguiti nella loro completezza da tutti gli studiosi. Giustamente perciò l'editore Morata ha provveduto alla traduzione di questa Collana, che ha lo scopo di riunire in poche pagine quanto di più moderno e di più importante negli ultimi anni è stato acquisito nelle varie discipline medico chirurgiche.

Questo volume è dedicato alla medicina interna. Vi sono interessanti capitoli sulle prove funzionali del rene, del fegato, del pancreas, dello stomaco; un accurato studio su tutto quanto è stato indagato sul sistema endocrino, infine le moderne nozioni sulla febbre da fieno e sulla desensibilizzazione.

Alla parte clinica è unita quella di laboratorio ed anche per questa, dettagliatamente, sono indicati tutti i moderni metodi di analisi in special modo poi, quelli che per la semplicità della tecnica, possono essere alla portata di ogni medico pratico.

Data la praticità del libro, certamente esso riesce utile a tutti coloro che intendono essere al corrente dei progressi della medicina.

A. Pozzi.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 26 gennaio 1929.

Presidente: Prof. R. Alessandri.

Ulteriori ricerche sulle paraosteoartropatie nei traumi del midollo spinale.

Prof. Dominici L. — Premesse notizie storiche sull'argomento, l'O. comunica il risultato ottenuto con la galvano-cauterizzazione delle articolazioni di arti paralizzati in seguito a sezione o emisezione del midollo spinale nel coniglio.

Mentre spontaneamente non si osservano lesioni paraosteoarticolari negli arti paralizzati, anche se sopravvengono infezioni, egli ha osservato neoformazioni ossee nelle vicinanze di pareti articolari, di arti paralizzati, e ciò mediante galvano-cauterizzazione, che nei conigli sani determinano solo un versamento articolare presto guaribile.

Proiezioni e presentazione di radiografie completano l'interessante comunicazione.

Nuovo metodo per l'esame colloido-chimico del liquido cefalo-rachidiano.

Prof. Pisani D. — L'O. espone una reazione del liquor basata sulla emulsione della colofonia. Il reattivo si prepara mescolando con le dovute cautele 40 cmc. di acqua distillata alcalinizzata con 0,5 cmc. di soluzione al 0,5 % di carbonato sodico, ed 8,5 cmc. di soluzione alcoolica di colofonia al 10 %.

La reazione si esegue in 10 provette contenenti il liquor diluito in proporzioni variabili da 1:2 ad 1:512.

L'O. illustra i buoni risultati ottenuti e le varie applicazioni.

Sopra un caso di displasia midollare.

Prof. Ayala G. — L'O. presenta un malato di a. 28, senza precedenti ereditari degni di nota, il quale fin dalla nascita presenta gravi anomalie degli arti, consistenti in forte ipoplasia con assoluta assenza di mobilità degli arti superiori che presentano mani a pinna di foca, ed in ipoplasia un po' meno spiccata degli arti inferiori i quali conservano qualche mobilità.

Psichicamente il malato è normale e la sua forte volontà lo ha spinto ad imparare a scrivere, ad adoperare strumenti di lavoro servendosi delle dita dei piedi.

La sindrome descritta trova la sua spiegazione in una completa assenza di sviluppo delle corna anteriori, della commissura bianca omonima e delle commissure grigie anteriore e posteriore del IV, V, VI, VII e VIII segmento cervicale, nonchè in una mancanza quasi completa delle stesse formazioni grigia e bianca dei segmenti lombari e dei primi tre segmenti sacrali. Queste lesioni co-

stituitesi durante la vita fetale, sono probabilmente le conseguenze di una dilatazione abnorme del canale centrale (hydromyelus) dei menzionati segmenti del midollo spinale, dovuta o ad una incompleta chiusura della fessura del tubo neurale o ad un processo di ependimite fetale. Esse dilatazioni hanno impedito lo sviluppo delle formazioni grigie e bianche suddette, oppure ne causarono l'atrofia dopo che esse avevano cominciato a svilupparsi.

Il prof. BAGLIONI domanda chiarimenti circa le funzioni della vita vegetativa.

Il prof. AYALA informa che la vita vegetativa procede normalmente.

Il Segretario: V. PUNTONI.

Società Medico-Chirurgica della Romagna.

Seduta del 9 dicembre 1928.
Presidenza: Prof. S. SOLIERI.

Contributo alla conoscenza del Micetoma pedis.

R. VICCHI (Faenza). — L'O. comunica di avere constatato che in Romagna esistono focolai d'infezione di Piede di Madura o Nicetoma Pedis, malattia fino ad ora appartenente alla Patologia coloniale. Illustra pertanto i caratteri clinici ed istopatologici dei casi capitati alla sua osservazione.

Influenza della Röntgenterapia sul decorso e sulla prognosi delle affezioni infiammatorie.

P. ABBATI (Rimini). — Dallo studio della letteratura e anche dall'esperienza personale dell'O. risulta che sono beneficamente influenzate dal trattamento la foruncolosi dei lattanti, le idrosadeniti dell'ascella, i foruncoli e i flemmoni della faccia, gli infiltrati tossici da puntura di insetto, i flemmoni degli arti e del collo, i patereccì o con linfangite, le angine croniche e recidivanti, quelle flemmonose e quelle di Plaut-Vincent, gli ascessi delle parti molli (paranefritici, perirettali, ecc.), i relitti suppurativi di operazioni settiche, l'erisipela, le polmoniti post-operatorie, le bronco-polmoniti senza tendenza alla risoluzione, quelle dei lattanti e quelle complicanti il morbillo, la pertosse, ecc., le mastiti e le parotiti anche se croniche, le strumiti, i flemmoni perimascellari, le affezioni flogistiche ginecologiche (gonococciche comprese), le peritoniti, le pelviperitoniti e le sepsi puerperali o post abortum, le artriti gonococciche, le orchiti e le prostatiti, ecc.

Risultati scarsi o pressochè nulli sono stati invece osservati nelle flogosi in cavità a pareti rigide e nelle sepsi criptogenetiche.

L'influenza della röntgenterapia fu tanto più pronta e risolutiva quanto più precoce fu il trattamento.

Di un singolare corpo estraneo in vagina.

P. LELLI-MAMI (Cesena). — L'O. riporta il caso di una bambina di anni sei, che per essersi seduta sul fondo di un letto di un fiume in magra, mentre si bagnava, diventava involontaria portatrice di una sanguisuga; per parecchi giorni presentò una vivacissima emorragia dai genitali, maggiore nei periodi di riposo, per cui fu costretta a ricorrere all'Ospedale. Estratta la sanguisuga con una pinza emostatica, la bimba guarì rapidamente e perfettamente.

Feminilismo di probabile origine ipofisaria.

A. GADANI (Imola). — Come contributo casistico, il relatore presenta un caso di feminilismo di probabile origine ipofisaria.

Di uno schermo-filtro per elioterapia.

E. CAMPORESI (Forlì). — L'O. basandosi sulle conclusioni degli ultimi studi di elioterapia, che considerano i raggi ultrarossi, inutili se non addirittura nocivi all'organismo umano (Saidmann), capaci di favorire lo sviluppo dei microbi (Kotliar e Kruse), e di produrre — con la loro azione irritante e congestionante — una sovrapigmentazione della pelle tale da impedire l'assorbimento dei raggi ultravioletti (Freund), ha pensato di evitare il danno regolando la cura del sole mediante uno schermo-filtro che assorbe circa il 70 % dei raggi ultrarossi e lascia passare circa il 90 % degli ultrarossi.

L'applicazione di questo schermo è così logicamente razionale, che si rende superflua la dimostrazione dei notevoli benefici che esso apporta nell'elioterapia.

Embolo asettico in rapporto all'indicazione dell'embolectomia.

M. LORETI e G. SANDRINI (Imola). — Lo studio è stato eseguito sui cani, producendo sperimentalmente embolie e sacrificando gli animali in periodi di tempo progressivamente crescenti. Coi numerosi preparati istologici eseguiti, sono state osservate gravi lesioni vasali a monte, a valle e nella regione dell'embolo, e da ciò risulta confermato il concetto clinico della necessità della diagnosi precoce di embolia, seguita da immediato intervento (embolectomia).

La malarioterapia nelle malattie nervose e mentali.

A. GRAZIANI (Imola). — Con un ceppo di malaria terzana, che nel Manicomio dell'Osservanza in Imola viene mantenuto da oltre due anni attraverso passaggi umani diretti (che ammontano complessivamente a quasi un centinaio), l'O. ha inoculato numerosi malati di forme nervose e mentali ad eziologia non luetica. Riferisce qui su 50 casi (tutte donne) completamente studiati: 25 di demenza precoce, 14 di psicosi maniaco-depressiva, 6 di epilessia, 3 di sindromi post-encefalitiche, 2 di melanconia presenile.

I risultati terapeutici ottenuti nell'epilessia, psicosi presenili, sindromi post-encefalitiche, psicosi maniaco-depressive, furono pressochè negativi. Nella demenza precoce 10 malate su 25 presentarono remissioni notevoli; 8 di esse anzi così complete da consentire il ritorno in famiglia, per la durata da alcuni mesi ad un anno. Questo buon risultato fu ottenuto specialmente in forme recenti e in quelle che presentano tendenza a un decorso periodico. Ciò diminuisce notevolmente il valore del trattamento malarico, potendosi dubitare che le remissioni verificatesi fossero spontanee; dubbio che in alcuni dei casi osservati raggiungeva l'aspetto di grande probabilità. All'O. è rimasta tuttavia l'impressione che in qualche malata la malarioterapia abbia per lo meno influito beneficamente, agevolando ed affrettando le possibilità di reintegrazione psichica del soggetto.

Il Segretario: Dott. PAOLO GALLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Le vie di trasmissione dell'ameba dissenterica.

Nella patogenesi dell'amebiasi, fu posto il problema se l'infezione abbia sempre luògo per la via digerente (ingestione di materiale infetto) o possa aversi anche per altre vie, come, p. es., quella della cute e delle mucose, su cui G. Izar (*Riv. sanitaria siciliana*, 1 ottobre 1928) ha fatto delle esperienze che non permettono ancora una risposta assoluta.

Allo stato attuale delle nostre conoscenze, si può affermare che la trasmissione dell'infezione amebica avviene per ingestione di forme cistiche, contenute nelle deiezioni. Il contagio può avvenire per mezzo di indumenti infetti o di altri oggetti, oppure per contatto diretto. Questo può verificarsi anche in età giovanissima; l'A. riporta la propria osservazione di lattanti infetti per essere stati nello stesso letto con la madre affetta da amebiasi in un periodo di sosta tale che la malata si credeva ormai guarita.

Da ciò dunque la necessità di prospettare all'adulto infetto il pericolo di contagio in modo da usare le necessarie norme profilattiche evitando, fra l'altro, lo stare in letto con altre persone. Più che l'infezione tifoide, l'amebiasi è la malattia delle « mani sporche ».

Il contagio indiretto però è sempre il più comune. Le cisti sono disseminate dovunque ed inquinano l'acqua, che fu sempre ritenuta la via principale di infezione. Parecchie osservazioni dimostrano, sia l'infezione per aver usato l'acqua infetta, sia l'assenza di nuovi casi in seguito all'uso di acqua buona. Secondo Vincent e Muratet, le cisti si conservano nell'acqua di fonte 9-13 giorni; secondo Noe, vi sono numerose fonti infette e ricche di amebe (*sic*). È stata anche segnalata l'importanza delle verdure, fra cui Bonin annovera anche i cocomeri.

Anche gli animali possono costituire un mezzo di trasporto. Sulle mosche è stata segnalata la presenza di cisti, ma è a dubitarsi che esse possano trasmettere la malattia, data la scarsa resistenza delle cisti al disseccamento. Anche i ratti sono stati sospettati; ricerche recenti di Chiang avrebbero dimostrato tale possibilità; è però da rilevarsi che nel ratto non si trovano lesioni dell'intestino, nè entamebe sebbene esso possa trasmettere con le sue feci la dissenteria al gatto. Inoltre nel ratto esiste un'ameba del tutto simile a quella umana.

Anche il quesito di una possibile disseminazione per mezzo della polvere è del tutto insoluto, poichè alcuni ritengono che le cisti siano poco resistenti al disseccamento, mentre per altri lo sono molto. Il problema è di grande interesse per l'etiopatogenesi delle localizzazioni dell'apparato respiratorio. Ugualmente incerta è la resistenza del potere infettante delle feci, che per alcuni arriverebbe anche a 6 giorni, per altri è molto minore.

fil.

Limitazioni della reazione agglutinante nella diagnosi di dissenteria bacillare.

Una epidemia di 120 casi ha permesso di studiare quest'argomento a J. Menton (*Brith. Med. Jour.*, 21-7-28).

Le conclusioni delle ricerche sono state le seguenti:

1) Corrispondentemente alla mancanza di ogni rapporto tra giorno di malattia e comparsa delle agglutinine, una reazione agglutinante negativa, anche se eseguita in parecchi casi, non esclude la dissenteria bacillare.

2) Se i sieri di un certo numero di casi vengono esaminati ripetutamente per la presenza di agglutinine, è spesso possibile, in caso di positività, di classificarli nel gruppo di Shiga o di Flexner, e tale reperto può essere ulteriormente perfezionato con prove di assorbimento di questi sieri con bacilli dissenterici conosciuti; ma per un lavoro esatto è essenziale l'isolamento del germe patogeno del paziente.

3) La possibile molteplicità dei tipi del bacillo di Flexner è di nuovo stabilita; ma non è stato deciso se la mancante corrispondenza tra le agglutinine trovate in alcuni sieri dei pazienti e il tipo del bacillo ottenuto dalle feci è il resultato di una infezione doppia, o la dimostrazione delle strette relazioni tra gli stipiti W e V. Deve inoltre esser tenuta presente la possibilità di stipiti intermedi, per quanto siano necessarie ulteriori ricerche in tal senso.

M. FABERI.

CASISTICA.

Le ematurie.

Bisogna in ogni caso di ematuria stabilire la sede, e farne la ricerca chimica.

Beckers (*Bruxelles Méd.*, n. 47, 1928) dà qualche regola e ricorda qualche metodo.

Se il sangue gocciola dall'uretra, indipendentemente dalla minzione, proviene dall'uretra anteriore; se compare co' primi getti dell'urina, appartiene all'uretra posteriore o alla prostata; il sangue che compare alla fine della minzione, appartiene alla vescica; l'urina uniformemente

mescolata al sangue depone per un'ematuria renale.

Le cause che producono le ematurie sono: traumi, calcoli, tumori, tubercolosi renale.

La cura è in rapporto alla causa che produce l'ematuria; in attesa che sia chiarita, ordinare il riposo a letto e il regime latteo, astenendosi dal somministrare diuretici ad altri medicamenti.

Non sempre le urine contengono sangue in quantità rilevabili macroscopicamente; per svelarne piccole tracce, l'A. suggerisce i seguenti metodi:

1) Metodo di Haller: mescolare urina e soda caustica e far bollire; se v'è sangue, il liquido si colora in verde.

2) Metodo di Almen e Schönlein: tintura di guaiaco più essenza di trementina si lasciano cadere sull'urina da esaminare; si forma un anello giallo sporco, il quale si colora in bleu indigo se v'è sangue.

3) Metodo di Meyer: 10 cmc. di urina più 1 cmc. di reattivo di Meyer più alcune gocce di $H_2 O_2$; si agita; colorazione rossa in presenza di sangue.

4) Metodo di Adler alla benzidina: urina e sol. satura alcoolica di benzidina a parti eguali, più alcune gocce di $H_2 O_2$.

Se v'è sangue si ha una colorazione dapprima verde, poi bleu e poi bruna.

5) Metodo di Thevenon e Rolland: 3 cmc. di urina + 3 cmc. di soluz. alcoolica di piramidone + 6 gc. di acido acetico al terzo. Agitare ed aggiungere 5 gc. di $H_2 O_2$.

Se v'è sangue, si ha colorazione rapida violetta del liquido.

Quest'ultima reazione è molto semplice, e dà risultati esatti.

CARUSI.

Le complicazioni oculari nelle malattie renali.

Alcune sono rare: diminuzione dell'ampiezza accomodativa, emeralopia, abbassamento della visione centrale, accessi di ammiccamento vibratorio delle palpebre, esoftalmia, anisocoria, paralisi dei muscoli oculari.

Delle più frequenti complicazioni, si occupa G. De Vincentiis (*Nuova medicina italica*, ag. 1928). Sono fra esse:

Edema palpebrale bilaterale, a carico specialmente delle palpebre inferiori, di osservazione comune.

Retinite nefritica. — Ha un carattere assai grave per la funzione visiva e per il valore in rapporto con lo stato renale e generale. Il disco ottico si presenta per lo più iperemico ed a margini sfumati. Sul fondo, leggermente torbidiccio per edema retinico, frammisti a piccole emorragie, si vedono dei focolai essudativi, in forma di chiazze biancastre tondeggianti, che, nella regione maculare, si raggruppano formando la stella maculare.

Le alterazioni della funzione visiva non sono generalmente molto gravi; talvolta l'infermo accusa soltanto un annebbiamento; generalmente, l'acutezza visiva non cade al disotto di 1/2-1/3.

La complicazione retinica però è assai importante, anzitutto perchè testimonia la gravità della malattia renale e secondariamente perchè essa segue le fasi della lesione renale e concorre a dare il giudizio sullo stato renale e generale. Per quanto riguarda la nefrite gravidica, il rilievo di una retinite indica la via da seguirsi, rendendo per lo più necessaria l'interruzione della gravidanza. Si può ritenere che la guarigione si ha nel 16-25 % dei casi, mentre si avrebbe nel 24 % la cecità e nel 58 il miglioramento.

La gravità della retinite nefritica, come sintoma pronostico, risiede nel fatto che essa si osserva specialmente nelle nefriti a ritenzione ureica (la relativa benignità nella forma gravidica si deve al fatto che si può eliminare la causa di intossicazione interrompendo la gravidanza). Essa sta sempre ad indicare l'azotemia e si potrebbe adottare come uno dei sintomi rivelatori di tale stato (torpore, inappetenza, prurito, anemia).

Amaurosi uremica. — Insorge soprattutto nelle forme gravidiche e scarlattinose. Diminuzione bilaterale del visus, rapida, talora improvvisa, in cui l'esame del fondo non rivela alcun che di anormale. L'integrità della reazione pupillare luminosa e quella del fondo dimostrano l'origine corticale di tale amaurosi, che, generalmente dopo 1-2 giorni scompare. Essa però è molto importante perchè denota uno stato di intossicazione uremica, la quale è assai più grave quando sia abolita la reazione pupillare luminosa.

fil.

Ematuria durante il trattamento insulinico.

A. V. Neale (*British med. journ.*, 8 sett. 1928) ha osservato un bambino di 5 anni, con il 17 ‰ di zucchero ed abbondante acetone, in cui fu praticata la cura insulinica: 20 unità il primo giorno e poi 10 nei successivi. Dopo una quindicina di giorni di trattamento, il paziente poteva prendere una dieta adatta, anche senza insulina, che però fu continuata ancora qualche giorno.

Improvvisamente, una mattina, mentre era ancora in letto, il bambino ebbe emissione di abbondante urina nettamente ematurica, senza febbre, nè nessun altro segno patologico. L'urina era moderatamente acida, senza zucchero, con

albumina, scarso acetone; all'esame microscopico, emazie, ma non cilindri. Le successive emissioni diedero urina sempre meno ematurica, finchè alla sera, il sangue non era riconoscibile che al microscopio. Due giorni dopo ogni traccia di sangue e di albumina era scomparsa.

I punti più interessanti del resoconto sono: ematuria forte, ma di breve durata, rapido ritorno alla norma; l'ematuria comparve due giorni dopo l'ultima dose di insulina, mentre vi era tuttora una lieve ketosi.

fil.

L'emoglobinuria parossistica da freddo.

Hoff e Kels (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, luglio 1928) hanno studiato un caso di emoglobinuria parossistica da freddo, nel quale sono riusciti due volte a risolvere la crisi del male mediante piediluvi a zero gradi.

Durante il piediluvio il colore della pelle diventava cadaverico fino a metà della coscia. seguivano, e duravano per circa mezz'ora, brivido intenso, orripilazione, extrasistoli, sensazione di arresto della respirazione. In capo ad un'ora il soggetto si riscaldava, compariva la febbre, la pressione aumentava e si determinava un'intensa poliuria con forte contenuto di emoglobina.

Le due crisi, così scatenate, non ebbero alcun effetto permanente sullo stato generale: il paziente ritornò senza alcun disturbo alle proprie occupazioni.

La formula leucocitaria si altera subito dopo l'inizio dell'accesso. I neutrofili aumentano per la comparsa di forme giovani, ed aumentano anche i leucociti.

Con la cessazione dell'accesso e dell'emoglobinuria diminuiscono i leucociti ed aumentano i linfociti e ricompaiono gli eosinofili che erano scomparsi.

I corpuscoli rossi e l'emoglobina non presentano notevoli variazioni.

La colesterina ed il cloruro di sodio aumentano notevolmente nel sangue.

Si ha aumento della glicemia e riduzione dell'alcalinità del sangue.

In conclusione l'accesso si divide in due fasi. La prima ha carattere simpaticotonico: ipertensione sanguigna, ipertermia, iperglicemia, acidosi, spogliamento verso sinistra della formula leucocitaria, scomparsa degli eosinofili, orripilazione. Nella seconda fase si hanno fenomeni diametralmente opposti: ipotensione, caduta della temperatura, diminuzione dei leucociti, linfocitosi, eosinofilia.

È probabile che il freddo determini una crisi emoclasica improvvisa, ma tutto il complesso dei sintomi sembra il risultato di un'eccitazione banale e non di una crisi anafilattica.

Il fatto che sta alla base dell'affezione è un disturbo della funzione dei capillari, perchè nel caso studiato il piediluvio freddo determinava un considerevole impallidimento della pelle, fatto assolutamente in contrasto con il rossore che lo stesso piediluvio freddo provoca nei sani.

È noto che l'emoglobinuria parossistica si riscontra con maggior frequenza nei sifilitici, ma nel caso in esame i dati anamnestici e le prove serologiche facevano escludere la lue.

Dr.

TERAPIA.

Sul valore terapeutico dell'olio di fegato di merluzzo.

Dopo gli studi fatti sulle vitamine, il valore terapeutico dell'olio di fegato di merluzzo è stato messo maggiormente in rilievo.

Lesne, Clement e Simon (*Journ. Méd. Franç.*, maggio 1928) ne danno alcune indicazioni.

L'olio di fegato è indicato nei disturbi di carenza, specie dei bambini; rapidamente rimette le condizioni generali, e fa aumentare il peso; è antixeroftalmico; ripristina lo stato di nutrizione e la vivacità nei bambini, con uno spiccato senso di euforia.

Per la sua composizione è stato sostituito alla alimentazione negli stati di denutrizione, potendo fornire 120 calorie in proporzione d'un cucchiaio da zuppa.

È stato usato con profitto nelle affezioni specifiche del polmone, e nelle forme ossee e ghiandolari, se associato alla cura marina.

Nel rachitismo l'olio di fegato migliora le condizioni generali, fa sparire la sintomatologia nelle forme recenti, in evoluzione, ed ha un notevole effetto sulla ricalcificazione delle ossa. Per mezzo di questo medicinale le ossa possono fissare più facilmente fosforo e calcio, modificazioni riscontrate anche radiologicamente.

Anche nel sangue il fosforo inorganico si trova aumentato; sperimentalmente s'è potuto confermare i dati clinici.

L'attività dell'olio di fegato è stata attribuita ora a questo ora a quel componente chimico; attualmente si sa che la sua azione è dovuta alle vitamine liposolubili; vitasterina A o di crescenza e antixeroftalmica, e vitasterina D o antirachitica. A questa concezione s'è giunti dopo ampie prove e ricerche sperimentali, riuscendo a dissociare anche i due fattori liposolubili.

La parte attiva dell'olio di fegato di merluzzo è costituita dalla parte insaponificabile, ed i

corpi vettori delle vitamine sarebbero dei colesteroli, appartenenti alla classe degli steroli. Queste sostanze acquistano una efficacia maggiore, se irradiati con raggi ultravioletti, nella cura del rachitismo, ma non hanno alcuna azione sulla crescenza, come l'olio di fegato di merluzzo.

La somministrazione di tale medicamento riesce difficile per l'odore e per il sapore; inoltre a dosi forti, può produrre dei disturbi gastroenterici. Si sono fabbricati degli estratti, per ovviare a tali inconvenienti; ma la loro efficacia è molto minore dell'olio di fegato integro.

Da ricerche sperimentali, gli AA. hanno potuto concludere che gli olii commerciali hanno una diversa attività, perchè alcuni presentano il fattore A molto attivo, mentre altri hanno più attività per il fattore D; questa dissociazione può essere talora molto notevole.

Queste differenti attività non è chiaro a quale causa attribuirle; in via di ipotesi si può supporre che dipendano o dalla differente specie di merluzzi, o dal metodo di estrazione, o dall'esposizione all'aria, o da frodi commerciali.

Per poter stabilire l'attività dei fattori vitaminici dell'olio di fegato non esiste altra prova oltre quella biologica, alla quale dovrebbero essere sottoposti tutti gli olii di fegato di merluzzo, prima di metterli in commercio.

CARUSI.

La terapia epatica nell'anemia dei lattanti.

I risultati ottenuti col metodo di Minot e Murphy per l'anemia perniciosa hanno indotto ad applicarlo anche in altre forme di anemia. È da rilevarsi che già da tempo Czerny aveva istituito nella Clinica di Berlino la dieta epatica per i bambini con anemia alimentare, ma i risultati non erano sempre notevoli probabilmente perchè le dosi abitualmente somministrate erano troppo scarse. Recenti esperienze di Tuscherer (rif. in *Clinica ed igiene infantile*, agosto 1928) dimostrano che con dosi più elevate, si osserva dopo 3-4 settimane spiccato miglioramento con aumento dapprima delle emazie e poi dell'emoglobina, senza aumento di leucociti come si è osservato nella anemia perniciosa. L'influenza benefica era anche visibile all'aspetto dei bambini con miglioramento dello stato generale, colorito roseo, maggior forza e vivacità. Anche dopo la sospensione del fegato, non ritornava l'anemia, ma soltanto la poliglobulia ritornava alla norma.

Degno di nota è il fatto che le malattie infettive, anche se lievi, possono pregiudicare il successo, però solo temporaneamente, poichè in generale, 8-10 giorni dopo la caduta della febbre il quadro ematologico ritorna allo stato primitivo.

Si somministreranno 15 grammi di fegato per kg. di peso, usando il fegato di vitello bollito nell'acqua, finemente triturato e convenientemente distribuito nei diversi pasti. Nei casi molto gravi, si farà precedere la trasfusione.

fil.

Formulario.

Nell'anemia.

Citrato di ferro ammoniacale gr. *due*
Formiato di sodio gr. *tre*
Arseniato di sodio ctgr. *quattro*
Sciroppo semplice gr. *duecento*
1 cucchiaio prima dei pasti.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Per i concorsi ad ufficiali sanitari. — All'abb. n. 6224-1:

Per la preparazione ai concorsi di ufficiale sanitario non vi sono testi speciali. Di opere italiane Ella potrà consultare con profitto i trattati di igiene del De Giaxa, del Pagliani, del Casagrandi; di manuali di batteriologia quello dell'Abba.

Un testo di legislazione sanitaria attuale, come Ella dice, non esiste di data recente. Ella dovrebbe acquistare le leggi, i decreti, le ordinanze ecc., di cui ai programmi Ministeriali 28 gennaio 1923 per gli esami di concorso ai posti di ufficiale sanitario, e compulsare la rivista « Il Diritto pubblico sanitario », edita dai fratelli Pozzi in Roma, via Sistina 14.

C.

Esercizio dell'odontoiatria. — Al dott. L. E., di Milano:

Chiunque, in virtù di laurea od esame di Stato, sia abilitato all'esercizio della medicina può esercitare odontoiatria (come qualsiasi altra specialità) anche senza possedere il titolo di specializzazione. La mancanza di questo gli vieta soltanto di chiamarsi « specialista ». Maggiori particolari sulla questione possono trovarsi nel giornale « La Stomatologia ».

c. c.

Esercizio della medicina nel Congo Belga. — All'abb. n. 4490-1:

Dalla risposta che Ella ha ricevuto circa la possibilità che i medici italiani hanno di essere assunti in servizio nel Congo Belga parrebbe che vi debba essere un equivoco. Circa

la metà dei medici che esercitano al Congo è proprio italiana. Forse la risposta si riferisce ad igienisti. Per essere assunti in servizio occorre avanzare istanza al Ministero delle Colonie, Bruxelles. Se essa è accolta si è ammessi a un corso di medicina tropicale che si tiene in quella capitale.

C.

Condizioni sanitarie nella Ruanda. — All'abb. n. 7431-4:

Da informazioni assunte risulterebbe che le condizioni di clima del mandato Belga del Ruanda sarebbero relativamente buone. Le malattie predominanti sono date dalla zanzara malarigena e dalla mosca tse-tse.

In quanto alle condizioni economiche e di carriera fatte ai sanitari, occorre chiedere notizie al Ministero delle Colonie a Bruxelles.

C.

VARIA.

Il pomodoro.

H. Leclerc (*Bruxelles-Méd.*, 10 agosto 1928) rileva che la parentela del pomodoro con la belladonna, il giusquiamo, lo stramonio, ecc., appartenenti alla stessa famiglia delle solanecce, aveva fatto sorgere delle diffidenze, quando il pomodoro dall'America fu importato in Europa. Cesalpino lo disse *mala insana* e i botanici gli affibiarono il nome di *Lycopersicum*, pesca da lupi; solo più tardi essi vi aggiunsero l'epiteto rassicurante di *esculentum*.

È solo con molta lentezza che le prevenzioni contro il pomodoro dileguarono: così nel « Bon jardinier » del 1785 troviamo che serviva « a preparare delle salse, il cui sapore, acidetto e fine, migliora i cibi più modesti ».

Sedotti dal colore del frutto, Dodoens e Daléchamp lo dissero *pomme d'amour;* Mattioli *pomo d'oro;* Guillardinus *tumatle*, nomi che sono rimasti nel linguaggio comune.

Generalmente si ammette che la patria originaria del pomodoro sia il Perù, ove tuttora ne vive una specie selvatica, con frutta piccole e sferiche, gialle o rosse, conosciuta col nome di pomodoro-ciliegia (nome botanico: *Lycopersicum cerasiforme*). Ma fin dalla più remota antichità essa venne modificata mediante la coltura, in modo da produrre una varietà o specie con grosse bacche, che gli spagnoli importarono in Europa nel XVI secolo. Questo pomodoro coltivato, detto « grande rosso », offre delle bacche aggruppate a due od a quattro, discoidali, di un bel rosso scarlatto scuro, con incisioni profonde irregolari; fino al 1850 fu il solo pomodoro conosciuto nei nostri Paesi; poi i giardinieri cominciarono a derivarne numerose varietà.

Secondo le analisi di Albahary, il pomodoro (maturo) contiene (in media) su 100 parti in peso: acqua 93.5, idrocarbonati 3.60, sostanze azotate 0.95, grassi 0.20, sostanze estrattive non azotate 0.50, sostanze insolubili organiche 1.69, dette inorganiche 0.11, ceneri totali 0.74. Gl'idrocarbonati sono rappresentati da varii zuccheri: glucosio, fruttosio, saccarosio; v'è inoltre 0.48 d'acido malico, 0.09 d'acido citrico e tracce di acido succinico; nelle ceneri Albahary ha segnalato la presenza d'acido fosforico e di acido silicico ed una quantità di ferro dosabile, il quale non si trova solo nella parte insolubile del frutto, dacchè si è potuto svelarlo anche nella parte liquida, in combinazione organica.

Si è creduto a lungo che il pomodoro fosse particolarmente ricco in ossalati; ma A. Gautier e Albahary hanno accertato che questi vi si trovano solo in proporzioni infime: 3 millesimi di milligrammo ogni 100 g., nelle analisi del primo; 1 millesimo di milligrammo nelle analisi del secondo: comunque, in quantità incapaci di esercitare qualsiasi azione sull'organismo. Dunque a torto il pomodoro è stato considerato come un alimento nefasto per i gottosi, i colpiti da renella, i reumatizzati, gli ossalurici. Anzi, grazie ai sali di acidi organici, che ossidandosi mettono in libertà la base, il pomodoro alcalinizza il sangue e perciò Gautier lo raccomanda agli artritici, cui conviene anche per il debole potere alimentare e specialmente per la quasi mancanza di azotati.

Di recente alcuni medici hanno preteso di attribuire al pomodoro dei veri misfatti; in particolare English, in America, ha descritto una cardiopatia consecutiva a indigestione di pomodori e l'ha designata come « licoperdium cardiopathia »; sarebbe caratterizzata da tachiaritmia, ipertensione, angoscia, fenomeni nervosi spesso drammatici (nervous cyclone); ma, evidentemente, si tratta di una comune indigestione, di cui i pomodori non hanno il monopolio...

Si deve tuttavia riconoscere che i pomodori non sono tra i cibi più digeribili, sovratutto allo stato crudo: l'insalata di pomodori non può permettersi che agli stomaci robusti; inoltre si deve raccomandare che il frutto sia ben maturo, altrimenti può provocare coliche, diaree e perfino dilatazione pupillare, analogamente a quella prodotta da patate immature od avariate o dalla belladonna (è ascrivibile a tracce di solanina).

Aggiungiamo che ricerche recenti hanno riconosciuto, nel pomodoro fresco, la presenza di molte vitamine: ce ne siamo già occupati.

(*Annali d'Ig.*, sett. 1928) O. F.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XII. — Quistioni varie circa i concorsi.

È da segnalare, anzitutto, la decisione 23 novembre 1928 n. 577, della V Sezione del Consiglio di Stato, la quale ha ritenuto che la risoluzione della Commissione concernente la esclusione di un concorrente non possa essere considerata provvedimento preparatorio, *avendo il concorrente interesse legittimo di impugnarla subito*, cioè prima della pronunzia definitiva dell'autorità competente a deliberare la nomina.

Questa risoluzione, che a noi sembra nuova, è discutibile. In genere, gli atti della Commissione sono preparatori del giudizio finale che spetta all'autorità deliberante, la quale può sindacare, anche dal punto di vista della legittimità, l'operato della Commissione.

Secondo la tesi del Consiglio di Stato, dovrebbe essere considerato definitivo anche il giudizio della Commissione che dichiara non idoneo il concorrente. In ogni modo, è da tenere presente, agli effetti del rimedio giuridico immediato, la decisione del Consiglio di Stato, se non altro dal punto di vista pratico nei casi in cui sia deliberata la esclusione di un concorrente e a questi sia comunicata la relativa determinazione della Commissione.

Le disposizioni concernenti la documentazione delle domande di ammissione al concorso (art. 27 del reg. sanitario 19 luglio 1906 n. 466) sono forse eccessivamente formalistiche, tanto più che non sono temperate dalla possibilità di rettificazioni. Ma la giurisprudenza ha attenuato molto il rigore, ammettendo temperamenti sempre più marcati. È noto che è stato considerato sufficiente un certificato di laurea qualora non sia stato possibile presentare, per circostanze giustificate, il diploma in originale o in copia autentica. Recentemente, con decisione 23 novembre 1928 n. 567, la V Sezione ha fatto un passo più marcato. Partecipava al concorso un medico che era interino nello stesso Comune. Egli non presentò nemmeno un regolare certificato di laurea, ma produsse un attestato del Podestà il quale dichiarava che il concorrente era fornito del diploma di laurea. La V Sezione ha considerato sufficiente questo attestato. La risoluzione è importante anche dal punto di vista di massima.

Requisito essenziale per la nomina ai pubblici impieghi è la buona condotta. Questa condizione non può essere oggetto di limitazioni attenuatrici: ciò è ovvio. L'avviso di un concorso stabiliva che il requisito della buona condotta era limitato all'ultimo biennio. Si trattava evidentemente di una disposizione di favore, *ad hominem*, perchè uno dei concorrenti aveva riportato una condanna in tempo anteriore. Fu nominato proprio questo concorrente. Ma il Governo del Re annullò d'ufficio la deliberazione di nomina perchè l'accertamento della buona condotta non poteva essere limitato ad un determinato periodo anteriore alla nomina e non poteva essere nominato chi, sia pure qualche tempo prima, aveva subìto una condanna tale da escludere il requisito della buona condotta. La quistione è stata discussa innanzi al Consiglio di Stato, il quale, con decisione 27 settembre 1928 n. 524, ha dichiarato legittimo il provvedimento del Governo del Re.

Già dicemmo, relativamente alla efficacia preparatoria e definitiva dei provvedimenti della Commissione, che all'autorità deliberante spetta il potere di sindacare, dal punto di vista delle legittimità, l'operato della Commissione.

Questo potere, che è quindi anche un dovere, è stato riconosciuto dalla V Sezione del Consiglio di Stato con decisione 23 agosto 1928 n. 494, in un caso particolarmente interessante.

Il Commissario di un Comune, esaminati i verbali della Commissione, rilevò che questa aveva omesso di valutare alcuni dei titoli presentati dai concorrenti e perciò considerò inefficace la graduatoria e rinviò gli atti alla Commissione perchè rifacesse il giudizio. Il Consiglio di Stato ha approvato questa determinazione del Commissario, riconoscendo ad esso il potere di un esame di legittimità.

È ovvio, infatti, che l'autorità deliberante, alla quale appartiene la responsabilità della nomina, pur non potendo sindacare il giudizio *tecnico* della Commissione e dovendo questo giudizio accettare in quanto è apprezzamento discrezionale di idoneità assoluta e relativa, abbia però il potere di controllare l'attività della Commissione e il giudizio di essa per stabilire se è conforme alla legge e, in genere, all'ordinamento giuridico del concorso.

Il Consiglio di Stato ha riaffermato, con la stessa decisione, che dai verbali devono risultare tutti gli elementi necessari all'esame di legittimità e che è essenziale la prova che la Commissione ha tenuto conto, elencandoli, di tutti i titoli presentati da ciascun concorrente.

« Quando dall'operato della Commissione non risulti questa prova — è detto nella decisione — lo stesso non presenta alcuna garanzia di una procedura legittima e devesi quindi ritenere nullo ».

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Provvedimenti varî di Sanità.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato i provvedimenti che seguono:

Schema di provvedimento legislativo, che integra la costituzione del *Consiglio Centrale delle Stazioni di cura*, in relazione al cessato funzionamento ed alla trasformazione di alcuni degli Enti ed Associazioni, ai quali la legge organica aveva attribuito una rappresentanza in seno al Consiglio stesso. Il Consiglio Centrale delle stazioni di cura, in seguito a tale modifica, rimane così composto: 1) Sottosegretario di Stato per gli Affari dell'Interno, presidente; 2) Direttore Generale dell'Amministrazione Civile, vice presidente; 3) Direttore Generale della Sanità Pubblica; 4) Direttore Generale delle Imposte dirette; 5) Direttore Generale delle Belle Arti; 6) Direttore Generale del Demanio Pubblico e delle Aziende Patrimoniali; 7) Direttore Generale della Marina Mercantile; 8) Capo della Divisione dei Comuni; 9) Presidente e un delegato del Touring Club, dell'E.N.I.T., della Federazione Nazionale Alberghi e Turismo, dell'Associazione Italiana Movimento forestieri, della Federazione dell'Industria Idroclimatica e dell'Associazione Medica Italiana di idrologia, climatologia e terapia fisica.

Schema di provvedimento, che modifica la costituzione del *Consiglio Superiore di Sanità*, aggiungendovi altri cinque membri, e cioè: 1) il Direttore generale delle Acque, Bonifiche ed Impianti idro-elettrici presso il Ministero dei Lavori Pubblici; 2) un rappresentante della Cassa Nazionale delle Assicurazioni Sociali; 3) un rappresentante della Croce Rossa Italiana; 4) il Direttore della Scuola Superiore di Malariologia; 5) il Direttore della Clinica della tubercolosi e delle malattie delle vie respiratorie presso la R. Università di Roma.

Schema di decreto, che approva il *regolamento per la esecuzione della legge 18 febbraio 1923, n. 396, sugli stupefacenti*. Il Regolamento, che ha ottenuto l'approvazione del Consiglio Superiore di Sanità e del Consiglio di Stato, provvede principalmente: a dettare norme più restrittive per quanto riguarda l'autorizzazione all'esercizio del commercio degli stupefacenti; a regolare, con più precisi criterii, le modalità necessarie per ottenere il permesso di importare, anche ai soli fini di transito, gli stupefacenti, determinando attraverso quali dogane è consentito di eseguire le relative operazioni; a disciplinare la conservazione degli stupefacenti sulle navi addette al trasporto: a rafforzare l'azione di vigilanza e di repressione, in una materia così strettamente connessa alla tutela della integrità fisica e morale del Paese.

Schema di decreto, recante norme di coordinamento della vecchia legge sugli *ordini sanitari* con la nuova legge 3 aprile 1926, n. 563, sui rapporti collettivi del lavoro.

Schema di decreto, col quale viene stabilito che le sessioni di esame per i sanitari, che intendono ottenere l'autorizzazione all'esercizio di *medici di bordo* sono indette a cura del Ministero dell'Interno ogni 5 anni, salvo che le esigenze del servizio sanitario consiglino scadenze più brevi.

Schema di decreto, recante norme per la *nomina degli ufficiali sanitari dei Consorzi di vigilanza igienica* in relazione al riordinamento delle circoscrizioni provinciali.

CULTURA SUPERIORE.

I compiti dei docenti universitari.

Il Segretario del Partito on. Turati ha inviata a tutti i Segretari federali di provincie, sedi di Università o Istituti di Istruzione superiore, e per essi ai Magnifici Rettori, ai Direttori degli Istituti di Istruzione superiore ed ai Gruppi Universitari fascisti, la seguente circolare:

« Nella mia qualità di Segretario del Partito assumo in questi giorni la diretta organizzazione dei professori, liberi docenti, assistenti e aiuti universitari fascisti, importantissima categoria di studiosi efficacemente operante nel Regime, con la precisa intenzione di dare loro una organizzazione solida ed armonica secondo i principî e le necessità del Fascismo.

La questione dei docenti universitari, apparendomi nel suo aspetto morale, ha bisogno, ancor prima di un ottimo congegno burocratico amministrativo, di un'atmosfera sanamente politica adatta alla migliore soluzione di tutti i problemi più o meno giustamente impostati. I Gruppi assistenti e professori universitari fascisti avranno un duplice campo di attività: nelle Università e nelle Federazioni fasciste. Nelle prime si occuperanno dell'inquadramento politico, dell'assistenza materiale, morale e professionale dei singoli iscritti, avranno cura dei giovani universitari meritevoli di aiuto per il compimento di studi e per l'avviamento alle carriere accademiche, studieranno e proporranno i migliori mezzi e provvedimenti per lo svolgimento delle lezioni, degli esami e della vita accademica in generale.

Nelle Federazioni fasciste i docenti universitari porteranno il contributo prezioso del loro sapere. Le organizzazioni del Partito dovranno utilizzare questi camerati che delle più difficili discipline sono gli elaboratori sapienti. Le pubblicazioni, le conferenze, i concorsi, tutte le attività intellettuali del Partito dovranno essere fatti direttamente o con la collaborazione dei docenti universitari, che dovranno trovare nella nuova organizzazione il riconoscimento della loro personalità.

Le Federazioni e gli Enti del Regime dovranno aiutare in particolar maniera le iniziative dei

Gruppi assistenti e professori universitari fascisti tendenti ad aiutare materialmente e moralmente le formazioni mentali e professionali dei giovani camerati che dentro o fuori delle Università si preparano ad essere gli intellettuali, gli scienziati, i docenti del domani che il Fascismo vuole radioso in tutti i campi dello scibile umano.

I nuovi organismi dovranno essere vitali centri efficacemente operanti nella vita culturale della Patria fascista. Negli Atenei e nelle Federazioni i Gruppi professori ed assistenti universitari fascisti dovranno essere cordialmente rispettati ed i singoli docenti dovranno vivere con affettuosa comprensione in giornalieri contatti con gli studenti e camerati fascisti, che da essi apprenderanno il sapere che è fondamento dell'etica fascista ».

Cronaca del movimento professionale.

Sindacato Medico Fascista di Roma e Provincia.

È aperto il tesseramento per l'anno corrente, fino a tutto il 30 aprile prossimo. La quota annuale è di L. 40, compresa in essa L. 10 per la tessera.

I versamenti potranno essere fatti direttamente negli Uffici del Sindacato in Corso Vittorio Emanuele 24 tutti i giorni feriali dalle 10 alle 12 e dalle 17,30 alle 20,30; o presso qualsiasi Ufficio Postale del Regno nel conto corrente del Sindacato N. 1/186, o a mezzo di vaglia.

È preferibile il versamento in conto corrente.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AOSTA. *Amministrazione Provinciale.* — Due posti: Direttore Sez. Medico-Micrografica e Direttore Sez. Chimica dei Labor. Provinc. di Igiene e Profilassi. Stip. L. 12.000, aument. di un ventes. per ogni biennio e per dieci bienni. Supplem. serv. att. L. 3000, compartec. contravv. e 25 % prov. ricerche, analisi, ecc. Scaden. 30 aprile. Informazioni e domande alla locale Segret. Gener. Amministrazione Provinciale.

BELMONTE CASTELLO (*Frosinone*). — L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 uff. san. e L. 2400 cavalc.; scad. 30 giorni dal 1° marzo; età lim. 40 a. al 1° mar.; doc. a 3 mesi.

BERNEZZO (*Cuneo*). — Scad. 30 apr.; L. 8000 oltre L. 700 uff. san. e L. 500 trasp.; ab. 3400; pov. 150.

BORDIGHERA (*Imperia*). — Direttore sanitario della Casa di Maternità « Regina Margherita ». Scad. 1° apr. Richiedesi diploma di specialista conseguito in Università del Regno. Età mass. 35 a. Servizio di prova per 6 mesi, con assegno mens. di L. 900, oltre vitto e alloggio; nom. annua, con stip. di L. 14.000 oltre vitto e alloggio. Domanda scritta di proprio pugno all'Opera Naz. Maternità e Infanzia, Roma, piazza Adriana 20.

CAGLIARI. *R. Prefettura.* — Uff. san. del capoluogo; L. 16.000 e 2 quadrienni di L. 800 e di lire 1000; serv. att. L. 4200; scad. 30 mar.

CARAGLIO (*Cuneo*). — Direttore dell'Ospedale; rivolgersi Segreteria. Scad. 30 mar.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stab. Riuniti.* — Medico aiuto specialista e medico assistente specialista per i reparti di tubercolosi a Careggi; assistente specialista per il turno otorinolaringoiatrico. V. fasc. 11. Scad. 10 apr.

FORMICOLA (*Napoli*). — Scad. 31 mar.; L. 7000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1800 cavalc., L. 500 uff. san.; età lim. 30 a. (*sic*); tassa L. 50,15.

GROSSETO. *Congregazione di Carità.* — Chirurgo Primario Ospedale Grosseto. Stip. annuo lire 11.050; indenn. complem. L. 2541,40; caro-viveri; 55 % su tasse di cura dei paganti; età min. 30 a., massima 40 a., elevata a 45 per coloro che sono già in servizio presso Ospedali. Tassa conc. lire 50,10. Scadenza 10 aprile 1929.

MANTOVA. *R. Prefettura.* — Uff. san. e capo dell'Uff. d'igiene di Mantova; a ore 18 del 30 apr.; titoli ed esami; L. 13.500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 2500 carica, c.-v.; compensi speciali con un minimo di L. 5000; divieto libero eserc.; ab. 42865; chied. ann.

MAGLIANO ALPI (*Cuneo*). — Scad. 31 mar.; lire 9600 complessive.

NOVARA. *Amministraz. Provinc.* — Medico di Sezione presso il Manicomio; L. 10.000 e 6 quadrienni dec., oltre L. 2000 indenn. servizio e L. 2000 guardie; c.-v.; scad. ore 17 del 31 mar. Età lim. 32 a. Tassa L. 50. Doc. poster. al 20 feb. Chied. annunzio.

NOVARA. *Ospedale Maggiore.* — Primario otorinolaringoiatra; L. 5500 oltre quota tasse di cura. Rivolgersi Segreteria. Scad. 31 mar.

OFFIDA (*Ascoli P.*). — A tutto 15 apr.; 1ª cond. (interna); L. 7700 soggette a eventuale riduzione, oltre L. 500 indennità e L. 300 Carcere; 10 bienni ventes.; obbligo serv. ospedaliero; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi dal 28 feb.

PADOVA. *Spedale Civile.* — Assist. effett. nei reparti per tubercolosi; L. 5500; 2 bienni dec.; camera con obbligo di pernottarvi; medaglie di lire 30; scad. ore 18 del 10 apr.; età mass. 30 a.; doc. a 3 mesi dal 10 mar. Chied. annunzio.

PALERMO. *Ospizio Marino ed Istituto pei rachitici « Enrico Albanese ».* — Due med.-chir. Stip. L. 4275. Serv. guardie L. 15. Nomina e conf. triennali. Scad. 10 apr. Rivolgersi Segreteria, via Arenella 6.

PIACENZA. *R. Prefettura.* — A tutto 30 aprile, uff. san. medico capo del capoluogo; stip. lire 17.000 e 5 aum. triennali ed uno successivo ed ultimo quinquennale, tutti di un decimo; indenn. carica L. 3000. Riconoscimento di un terzo servizi prestati. Documenti e domande alla R. Prefettura.

ROCCAPIEMONTE (*Salerno*). — Cond. residenz. Stip. L. 6500 lordo riten. Aument. un decimo per ogni quadr. e per quattro quadr. Scad. entro 50 giorni dal 14 marzo. Tassa conc. L. 50,10.

ROMA. *Governatorato.* — È prorogato il concorso a medico direttore dell'ufficio d'igiene e sanità e sono revocati il bando di concorso e ogni altro atto precedente o successivo inerente allo svolgimento del concorso.

S. GIOVANNI ROTONDO (*Foggia*). — Scad. 31 mar.; L. 8500 e 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

SAN VITO AL TAGLIAMENTO (*Udine*). *Ospedale Civile di S. Maria dei Battuti.* — Al 30 apr., ore 18; medico; titoli; L. 5000 e 6 quadrienni dec., oltre L. 500 serv. att. e 10 % tariffa atti operatori. Rivolgersi Segreteria. Età lim. 30 a. Doc. a 3 mesi dal 7 mar. Chied. annunzio.

S. ALFIO (*Catania*). — Scad. 31 mar.; L. 9000 e 4 quinquenni dec.

SAVIGNONE (*Genova*). — L. 8400 e indenn. mezzo trasp. Scad. 31 mar.

SINAGRA (*Messina*). — Al 15 apr., ore 12; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 2000 trasp., L. 500 se uff. san.; età lim. 35 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 5 mar. Ab. 4323, di cui 1408 nel capol.

VERCELLI. *Amministrazione Provinciale.* — Presso il Laboratorio di Igiene e Profilassi, Sezione Medico-Micrografica; titoli ed esami. Direttore: L. 19.000 oltre indenn. L. 3000; Coadiutore: lire 17.000 oltre indenn. L. 2000; Assistente: L. 10.000 oltre indenn. L. 2000. Sei quadrienni decimo. Scad. 10 maggio 1929. Chiedere avviso alla locale Segreteria dell'Amministrazione Provinciale.

VILLASIMIUS (*Cagliari*). — Cond. med. per titoli. Stipen. caro-viv. annuo lordo L. 10.000 e L. 840 rispettive più L. 500 uff. sanit. Età infer. anni 40 salvo siasi prestato servizio altre condotte. Quattro aum. quinq. decimo. Docum. rito. Tassa conc. L. 50,15. Scadenza 25 maggio. Per chiarimenti scrivere locale Segreteria Comunale.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Reale Società Italiana d'Igiene.

In occasione del compimento del suo cinquantenario la Reale Società Italiana d'Igiene ha destinato la somma di L. 1000 offerte dal prof. Oddo Casagrandi della R. Università di Padova, per il tramite del prof. Prassitele Piccinini, a costituire un premio per un articolo originale concernente un argomento relativo alla Igiene e alle sue applicazioni.

L'argomento dell'articolo è a scelta dell'autore.

L'articolo dovrà essere redatto in forma accessibile a qualsiasi persona colta anche se non particolarmente versata nelle discipline mediche e biologiche e non dovrà occupare più di 10 pagine del Giornale della Società. Norme consuete. Scad. 30 giugno 1929. Rivolgersi alla sede della Società: via Ospedale N. 3 - Milano.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il premio Sophie A. Nordhoff-Jung per i migliori contributi allo studio del cancro, è stato assegnato ad unanimità, al dott. Katsusaburo Yamagiwa, professore di patologia all'Università di Tokio. Egli, unitamente ai suoi collaboratori, ha creato la tecnica per la produzione sperimentale del cancro, mediante pennellature con catrame sulla cute e iniezioni di catrame nella mammella; quasi tutti i contributi recenti sulla produzione sperimentale del cancro derivano da questa tecnica. Egli, inoltre, ha compiuto importanti ricerche d'istologia ed ha precisato alcune condizioni che favoriscono o intralciano lo sviluppo dei tumori. La commissione giudicatrice era composta dei proff. Borst, Doederlein, v. Romberg e Sauerbruch.

Il prof. Alberto Missiroli, di Roma, è nominato membro corrispondente del Reale Istituto di Sanità Pubblica di Londra.

Si è riunita a Roma in una sala di Palazzo Madama la Commissione, composta dei senatori prof. Maragliano, prof. Queirolo, prof. Giordano e il prof. Andrea Ferrannini, per decidere le premiazioni dei lavori pervenuti, da ogni parte d'Italia, al concorso bandito dalla « Rivista di Terapia Moderna » di Milano sul tema « Rivendicazioni scientifiche italiane » e che detta Rivista aveva affidata alla « Riforma Medica » di Napoli.

Dopo che la Commissione ebbe classificati i lavori, che erano contrassegnati da un motto, aperte le buste corrispondenti, risultò vincitore del primo premio di L. 5000 il prof. Luigi Castaldi della R. Università di Cagliari per un poderoso lavoro comprendente una centuria di documentate rivendicazioni italiane.

Vennero pure premiati il dott. Gagliardi di Reggio Calabria, il prof. Peri di Genova, il prof. Merlini di Teramo, il dott. Mantovani di Milano, il dott. Batassi di Vittuone, il dott. Fusco di Romanengo, il dott. Amitrano di Napoli ed anche due studenti, Puiatti e Zannier, dell'Università di Padova.

L'autorevole Commissione ha espresso il voto che tutti i lavori premiati vengano fatti conoscere largamente e che venga diramato a tutti gli Istituti scientifici, anche all'estero, il testo, in latino e nelle principali lingue, della relazione che sintetizza le più importanti rivendicazioni italiane e si compiace per l'ottima idea di questo concorso, il quale ha avuto degna coronazione nelle aule del Senato.

NOTIZIE DIVERSE.

L'opera assistenziale e sanitaria in provincia di Venezia.

I servizi assistenziali e sanitari hanno avuto notevole impulso nella provincia di Venezia, sotto l'amministrazione straordinaria retta per oltre due anni e mezzo dal prof. Garioni.

Si è provveduto ad un completo riassetto del problema manicomiale. Attraverso un'attiva collaborazione tra Opera Pia Manicomi e Amministrazione Provinciale si provvide al raggruppamento dei malati antecedentemente distribuiti in varie succursali; alla riattivazione della colonia agricola provinciale, modello del genere, esistente a Pancrazio di Marocco, destinata ad accogliere i malati rieducabili al lavoro e i giovani deficienti psichici; alla riduzione delle rette manicomiali ad un importo lievissimo. Nuovo e fervido impulso ebbero il Patronato provinciale per i malati di mente dimessi dai manicomi ed il Dispensario per la profilassi delle malattie mentali. A partire dal 1927 vennero stanziate in bilancio per tali iniziative centomila lire, e si provvide quindi alla più razionale organizzazione e al migliore funzionamento del Dispensario, diretto da un sanitario specialista coadiuvato, per quanto riguarda il Patronato, da una assistente sanitaria visitatrice e da speciali fiduciari della Provincia.

Venne acquistata una magnifica villa lungo il Terraglio, la quale diventerà tra breve una tra le migliori colonie ospitaliere.

Dove l'attività dell'amministrazione ebbe campo di esplicarsi appieno, è nella lotta contro la malaria. Capisaldi della lotta sono stati: la bonifica umana (cura radicale) e la piccola bonifica dell'ambiente. Oltre all'istituzione di ambulatori, si provvide ad una efficace propaganda, alla buona nutrizione dei bambini poveri e malati, ad una intensa distribuzione di chinina, ecc. Fu dato impulso straordinario alla diffusione delle gambusie. La campagna del 1927, che durò 7 mesi, importò una spesa di 414.000 lire; quella del 1928, estesa a tutto l'anno, importò 825.000 lire.

Alla lotta contro la tubercolosi, svolta dal Comitato paraprovinciale, venne pure dedicato ogni sforzo attraverso i dispensari ovunque distribuiti e si giunse a erogare a tale attività nel 1929 la somma di L. 404.261,50, pressochè raddoppiando il contributo del 1928.

Contro l'endemia pellagrosa, quasi totalmente scomparsa in provincia, l'Amministrazione continuò una sana attività preventiva.

Il miglioramento delle condizioni sanitarie della Provincia è anche determinato dalle provvidenze esercitate per il miglioramento delle abitazioni rurali. Ad incoraggiare ogni iniziativa di proprietari, come di fittavoli, vennero istituiti cospicui premi in denaro.

Scuola per tracomatosi a Marsala.

Funziona da due anni. Venne istituita per accordi presi dal direttore cav. Cosentino col presidente del Patronato Scolastico.

A principio d'anno tutti gli alunni delle scuole elementari vengono diligentemente osservati dal medico scolastico nell'Ambulatorio sanitario della scuola istituito dal Comune. Gli affetti da tracoma sono destinati alla scuola apposita, che funziona in un locale appartato. Là vengono curati giornalmente, sono rinvigoriti con medicinali ricostituenti, e ricevono la refezione. Ciò perchè studi recenti hanno dimostrato che il tracoma attecchisce di più e si diffonde tra gli individui deboli, denutriti e di costituzione linfatica.

Il Patronato Scolastico provvede il materiale necessario per le cure e per la refezione. La scuola, che accoglie circa cinquanta alunni d'ambo i sessi e delle prime tre classi, ha sottratto a sicura cecità parecchi degli alunni che la frequentano e altri che ha guariti del tutto. Nelle classi superiori non si hanno perciò alunni affetti da tracoma, date le cure avute negli anni precedenti.

Scuola per tracomatosi a Torino.

Venne istituita in un edificio già occupato da una scuola soppressa. Vi sono ambienti per l'insegnamento, la refezione, docce e cure mediche. Un medico oculista è addetto alla visita giornaliera; l'insegnamento è affidato a tre maestre e vi è il necessario personale per l'assistenza e la cucina. Gli allievi all'entrata della scuola indossano un grembiule bianco personale, passano la visita, entrano poi nelle rispettive classi. Un abbondante pasto a mezzogiorno, una razionale merenda e la somministrazione di ricostituenti completano la cura. Con la scuola unica si muniscono di tessere gli allievi per il trasporto gratuito da casa a scuola e viceversa. I medici scolastici inviano alla scuola speciale, quanti allievi riscontrano tracomatosi o sospetti di esserlo.

Congressi medici.

Il 13° Congresso italiano di pediatria, che avrebbe dovuto tenersi a Perugia nell'autunno prossimo, avrà luogo invece a Torino, nella stessa epoca. Temi: « Rachitismo », relatori i proff. Zamorani e Auricchio; « Cardiopatie congenite », relatori i proff. Zibordi e Fornara; « Scuole all'aperto », relatore il prof. Gismondi.

Il 42° Congresso della Società francese d'oftalmologia è convocato il 13 maggio e ss. nei locali della Facoltà medica di Parigi. La consueta relazione sarà presentata dal dott. Aubaret di Marsiglia sul tema « Eziologia e trattamento delle blefariti ». Al Congresso sarà unita un'Esposizione di strumenti d'ottica e chirurgia oculare. Sono in programma: visite d'ospedali, un'escursione ai Trianons, un banchetto a Versaglia. Segretario generale: Dr. René Onfray, avenue de la Motte Piquet 6, Paris (VIIe).

Nei giorni 4 e 5 marzo si è tenuta a Bad Nauheim la 2ª riunione della « Società Tedesca per lo studio della circolazione ».

Dal 21 al 27 marzo si aduna a Parigi un Congresso internazionale di fisiologia applicata.

L'Associazione Medica della Cina ha tenuto la sua conferenza biennale a Sciangai dal 7 al 13 febbraio, sotto la presidenza del dott. A. W. Woo.

Nella stampa medica.

Ha iniziato le pubblicazioni la « Revue Belge des Sciences Médicales », a periodicità mensile. È destinata ad accogliere lavori di clinica scientifica e più precisamente studi anatomo-clinici e lavori sperimentali ispirati dall'osservazione dei malati od i cui risultati siano suscettibili di applicazioni cliniche. Oltre che ai lavori originali, farà posto a questioni d'attualità, a riviste generali (in ogni fascicolo una rivista annuale su di un ramo della medicina), a recensioni (limitatamente alla stampa medica belga) e ad una bibliografia critica. Assorbirà la Sezione C degli « Annales de la Société scientifique de Bruxelles ».

Gli uffici hanno sede a Lovanio (rue du Manège 2).

Auguri.

L'Ospedale navale di San Diego.

Su di una collina del Balboa Park a San Diego (California), in prossimità della baja omonima, sorge il più grande ospedale navale degli Stati Uniti, la cui capacità durante gli ultimi 4 anni è stata elevata a mille letti. Esso è di tipo europeo, ossia esteso in superficie anzichè in altezza. V'è annesso un parco di 22 acri, di cui gli ultimi 5 1/2 furono donati dalla città all'ospedale nel 1925; vi sono molti campi sportivi. All'ospedale è annessa una scuola per infermieri, capace di 150 posti. Nel 1928 furono costruiti un reparto per ufficiali ed un reparto per contagiosi (di 185 letti). Sono ora in costruzione degli alloggi per le persone di famiglia dei ricoverati, un teatro e nuovi reparti. L'ospedale è diretto dal cap. med. Raymond Spear.

Generali medici ispettori.

In base al decreto pubblicato recentemente dal « Giornale Militare Ufficiale », è disposto che i maggiori generali medici ispettori abbiano sede

come appresso: a Milano, per i territori dei Corpi d'Armata di Torino, Alessandria, Milano, Verona, Udine, Trieste; a Firenze per i territori dei Corpi d'Armata di Bologna, Firenze, Roma e il Comando militare di Sardegna; a Napoli per i territori dei Corpi d'Armata di Bari, Napoli e il Comando militare di Sicilia.

Il prof. Crosti.

Il prof. Franco Crosti, chirurgo primario dell'Ospedale Maggiore di Milano, è andato a riposo per limiti d'età. Il Commissario prefettizio gli ha conferito il titolo di chirurgo consulente onorario e gli ha espresso « il più vivo plauso per l'opera valente ed assidua prestata in più di 35 anni ». Difatti il Crosti ha percorso nel grande Nosocomio tutta la sua carriera. Da molti anni vi teneva, per incarico, un corso di medicina operatoria. Durante la guerra egli diresse l'Ospedale del Padiglione Litta e prestò anche opera al fronte, come chirurgo dell'ospedale mobile « Città di Milano ».

Per il centenario di Billroth.

Abbiamo già dato notizia della commemorazione, che si prepara a Vienna, del 1° centenario della nascita di Theodor Billroth. Esso cade il 26 aprile. Tutti i professori tedeschi di clinica chirurgica e tutti gli ex-allievi di Billroth, hanno dato la loro adesione alle cerimonie. Sono invitati a parteciparvi medici, chirurgi, biologi, studiosi di tutti i Paesi. Le cerimonie si svolgeranno nei giorni 9 e 10 aprile e consisteranno in una solenne riunione, un concerto della Società degli amici della musica, una serata di gala teatrale, ecc. Il Comitato promotore è composto di rappresentanti l'Accademia delle Scienze, la Facoltà Medica e la Società dei Medici di Vienna: L. Arzt, F. Becke, A. Eiselsberg, A. Fraenkel, E. Fuchs, J. Hochenegg, F. Hochstetter, C. Sternberg, J. Wagner-Jauregg, R. Wettstein. Per le adesioni rivolgersi alla segreteria, Porzellangasse 22, Wien IX. Eventuali contributi possono essere versati alla Banca Commerciale Italiana.

Gli scandali medici di Parigi.

Il Sindacato dei medici della Senna ha diretto ai giornali un comunicato che dice:

« Il corpo medico parigino è commosso, non meno del grande pubblico, pei recenti scandali medici, che si moltiplicano in proporzioni inquietanti. Il Sindacato dei medici della Senna tiene a far sapere ed a proclamare altamente la sua indignazione contro tutti quei medici disonesti, che costituiscono l'onta della corporazione. Bisogna notare, tuttavia, che i malati stessi non sono estranei a quest'ondata di demoralizzazione, dacchè, troppo spesso, infortunati o riformati poco scrupolosi sollecitano, da chi li ha in cura, dei favori illegali o disonesti. Disgraziatamente, noi ci troviamo quasi del tutto disarmati contro le malefatte dei medici indesiderabili. La maggior parte non aderiscono ai nostri sindacati e sfuggono, così, ai nostri regolamenti. Il nostro Consiglio di famiglia non può pronunziare, contro di essi, che delle sanzioni puramente morali, di cui i delinquenti non si curano. La nostra sola risorsa è quella di portarci come parte civile, quando la giustizia interviene; e noi non manchiamo di farlo, a ogni occasione. In tali condizioni, noi ci prospettiamo con spavento la formidabile estensione degli abusi, che non mancheranno di prodursi quando verrà applicata la legge sull'assicurazione malattie e invalidità. Il solo e vero rimedio a questa situazione deplorevole, sembra essere la creazione di un organismo di disciplina professionale (Consiglio dell'ordine dei medici o istituzione analoga), fornito di mezzi legali ed efficaci per difendere le tradizioni d'onorabilità e dignità della medicina francese ».

Infortuni di sanitari.

Nel 1926 un noto chirurgo di Parigi ebbe ad eseguire un intervento estetico su di una signorina, Suzanne Leguén, la quale, dovendo passare a nozze, voleva assottigliare le gambe, un po' tozze. L'operazione, limitata ad un solo arto, andò male, tanto che si rese necessaria l'amputazione: donde un processo che è durato due anni. Ora la 1ª Camera del Tribunale di Parigi ha condannato il chirurgo a corrispondere all'operata un indennizzo di 200.000 franchi, sui 500.000 che erano stati richiesti.

Nelle prigioni di Poggioreale un delinquente aggrediva e mordeva alla guancia il dott. Ludovico Maffei, che è stato giudicato guaribile in oltre 20 giorni, con pericolo di sfregio permanente.

Quanto rendono le case da gioco in Francia.

« La Presse Thermale et Climatique » del 15 gen. 1929 informa che nel 1928 il prodotto lordo delle case da gioco autorizzate, in Francia, si è elevato a 413 milioni di franchi, sorpassando di 25 milioni gl'introiti del 1927. Il *record* è tenuto dal casino di Le Touquet-Paris-Plage con 59 milioni; seguono il casino municipale di Cannes con 55 milioni; Deauville con 49; Biarritz con 34; il casino municipale di Nizza con 32; il Grand Casino di Vichy con 21; ecc.

Droghieri condannati.

La Pretura di Monza ha discusso 22 processi a carico di altrettanti droghieri imputati di aver venduto al pubblico materiale farmaceutico in dose medicamentosa e cioè olio di ricino, « cachets » antinevralgici, aspirina, essenza di camomilla, magnesia, ecc. Il Sindacato Farmacisti di Milano si era costituito Parte Civile solo contro tre imputati.

Il Pubblico Ministero chiese l'assoluzione di tutti gli imputati. Il Pretore però ha condannato dodici droghieri a lire 500 di ammenda ciascuno, precisamente quelli che avevano venduto olio di ricino, aspirina, ecc., mandando assolti gli altri dieci per insufficienza di prove, poichè avevano venduto soltanto magnesia e manna, tratti in inganno sulla qualità di medicamento di tali sostanze, in conseguenza delle assicurazioni date loro dalle case fabbricanti.

L'orchestra medica di Parigi.

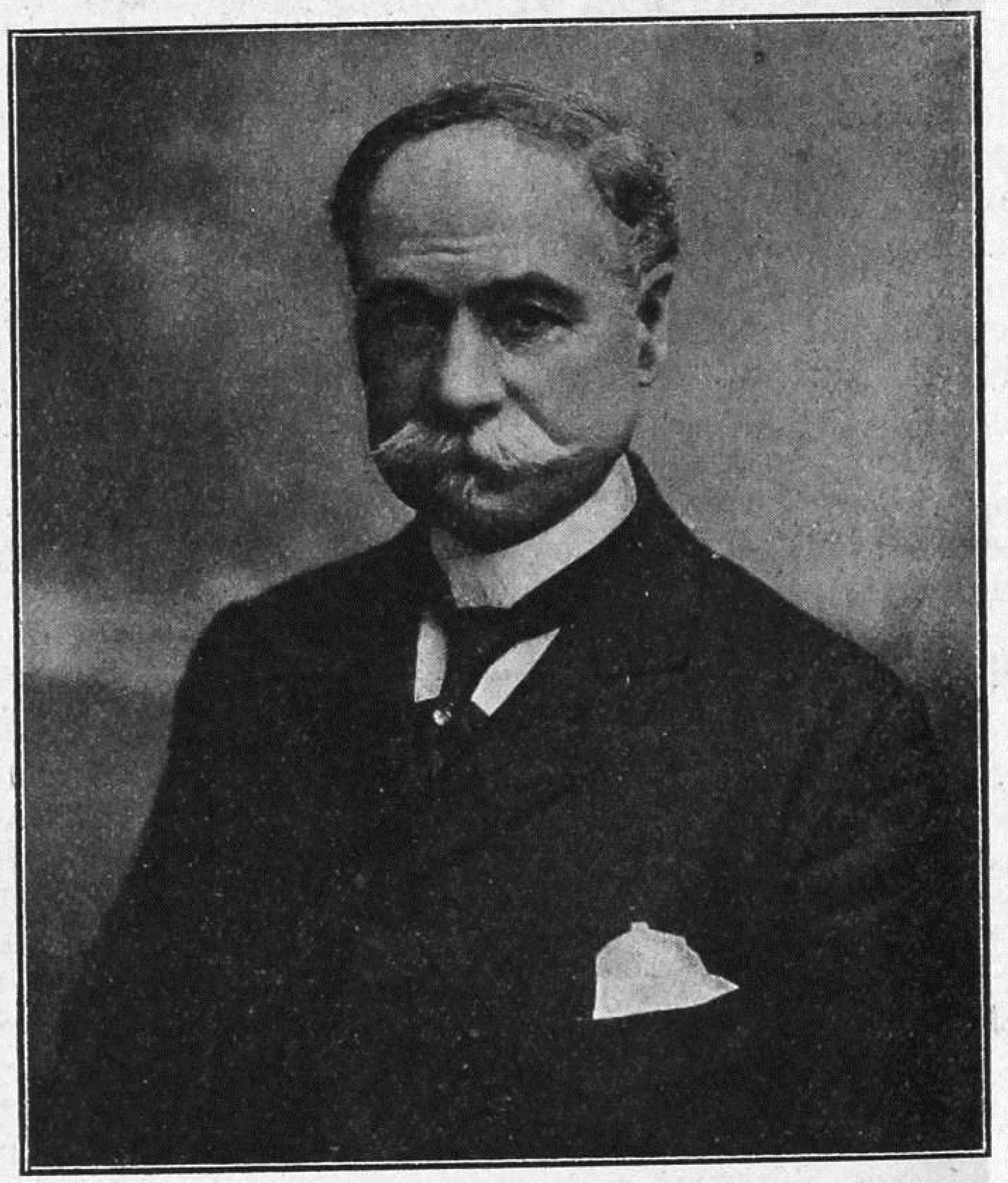
È stata riorganizzata sotto la direzione del sig. Manuel, primo premio del Conservatorio. Le ripetizioni hanno luogo tutti i martedì, alle ore 21, nella sede del Municipio del 6° circondario, alla place Saint-Sulpice. Organizzatore è il dott. Destouches, rue Thénard 6, Paris 5e.

DOMENICO MAJOCCHI

(1849-1929).

Un altro dei maggiori Maestri della medicina italiana, che illustrò la Dermosifilografia nell'ultimo cinquantennio, si è spento serenamente nella notte del 7 marzo u. s. in Bologna, dove aveva insegnato per ben 35 anni col plauso unanime di allievi.

Domenico Majocchi era nato a Roccalvecce (Viterbo) nel 5 agosto 1849 da Pietro medico condotto. Avuta la prima educazione al paese natale, passò di poi per compiere gli studi umanistici e



filosofici a Bagnorea; e dopo questi venne a Roma per iniziare gli studi di medicina; quivi trovò nell'Università pontificia insegnamenti scientificamente così poveri da doversi accontentare, sebbene altre già fossero le sue aspirazioni, di darsi alla pratica frequentando gli ospedali di Roma: laureatosi e assunta la condotta medica del paese nativo, non potè resistere a lungo alla sua vocazione per gli studi scientifici e ritornò ben presto alla capitale, dove pur prestando servizio come aiuto chirurgo in diversi Ospedali, cominciò ad orientarsi verso la dermatologia e sifilografia, che coltivò scientificamente, *vero autodidatta*, sfruttando il ricco materiale che si trovava all'Ospedale di S. Gallicano. Quivi Egli si procurò, con la passione alle ricerche, i titoli che gli valsero a vincere il concorso alla cattedra di dermosifilopatia, che allora doveva fondarsi nell'Università di Parma: era il 1881 ed Egli inaugurando la cattedra ed il suo insegnamento ufficiale trattò il tema: « Sul moderno indirizzo della dermatologia mercè i progressi dell'anatomia patologica ».

Questa prolusione rispondeva ad un programma, ad una fede, e vi corrispose un immediato successo, che pose Lui in primissima linea fra i novatori della dermatologia italiana, la quale ormai doveva plasmarsi anche nel nostro Paese sopra quelle basi positive che offriva l'anatomia patologica a tutte le branche della medicina.

Questo nostro grande Maestro italiano attraverso la sistematica e paziente dissezione dava così alla lesione morfologica cutanea, seguìta attraverso le sue fasi evolutive, la base istopatologica della dermatosi; era questo il primo e capitale passo perchè la disciplina potesse essere tratta fuori dalla nebulosità del passato. A me, che ebbi l'onore di essere Suo discepolo, pare che questo sia stato il Suo merito precipuo. La robustezza scientifica di una mente va misurata dalla linea sintetica che essa persegue per una mèta prefissa! A testimoniare di questa linea incancellabile che nella storia della dermatologia italiana segnò il Majocchi, sta quella meravigliosa « *Raccolta di lezioni di morfologia* » alla quale attinsero colleghi e discepoli: lavoro granitico che, purtroppo, per l'eccessiva modestia dell'Autore, sempre in cerca della irraggiungibile perfezione, non potè mai avere una veste editoriale degna della sua magnificenza classica.

Ma quanta e come varia fu la produzione scientifica del Maestro! Nessun campo della patologia cutanea rimase per Lui inesplorato! Le dermatomicosi, le dermatozoonosi, i granulomi infettivi, le neoplasie, i problemi di teratogenesi, ricerche di fisiopatologia sperimentale, tutto fu esplorato da Lui. Alcune entità anatomo-cliniche ebbero da Lui la prima descrizione e di Lui giustamente portano tuttora il nome: granuloma tricofitico e purpura annularis telangectodes del Majocchi!

Nè può essere dimenticato l'amore che Egli portò fin dagli inizi della sua carriera alla storia della medicina alla quale diede tanti contributi.

Così circa 200 pubblicazioni lasciano testimonianza perenne della sua laboriosità che mai cessò fino a che la morte Lo còlse, dopo aver trascorso, proprio l'ultimo giorno di Sua vita terrena affievolito ma non vinto dal male che Lo travagliava da anni, a dettare in fretta, alla diletta nipote, quasi presago della prossima Sua fine, le ultime pagine di un lavoro d'indole storica!

Che duri perenne il ricordo e l'esempio di questo Maestro, onore d'Italia, *che seppe vivere serenamente nella scienza e soltanto per la scienza, non turbato da ambizioni, nemico di ogni arrivismo*, facendo pago il suo spirito nella pura ricerca del vero! P. L. BOSELLINI.

Dopo lunghe sofferenze spirava il prof. dott. GIUSEPPE COIANTI, direttore dell'Istituto Materno Regina Elena di Roma. Nato 46 anni or sono a Cittareale (Abruzzo), si laureò a Roma, ove percorse la sua carriera ospedaliera. Nel 1915 conseguì la docenza in Clinica ostetrico-ginecologica. Dopo aver validamente partecipato alla grande guerra per tutta la durata di essa, tornato a Roma passò nella Maternità Savetti, quale aiuto dell'Illustre prof. Micheli, che lo tenne caro e ne apprezzò la competenza e l'abilità operatoria, per cui gli affidò il riparto e spesso anche la clientela privata. Da pochi mesi era stato nominato direttore della Maternità Regina Elena per il cui incremento si era tanto prodigato da trasformarla in Istituto sanitario di prim'ordine.

Buon diagnosta e felice operatore, per le qualità della mente e del cuore aveva amici e ammiratori in ogni sfera sociale.

Alla desolata famiglia, in ispecie ai fratelli, nostri colleghi, dottori Francesco e Antonio, inviamo le più sentite condoglianze. G. DI GIACOMO.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Riv. Sanit. Sicil., 1 feb. — G. PULEO. Tbc. mammaria bilaterale. — A. BOTTA-MICCA. L'elioterapia nell'antichità.

Imprensa Med., 5 gen. — P. A. PINTO. Farmacologia delle terminazioni motorie.

Prensa Méd. Argent., 10 gen. — J. C. VIVALDO e A. HAEDO. Demenza post-encefalitica.

Ann. di Ottalm. e Cl. Ocul., gen. — BASSO. Il glaucoma compensato dai miotici. — SCULLICA. Comportam. del reticolo endotel. in alcuni processi patologici speriment. dell'occhio. — LODDONI. Cataratta da rame.

Arch. p. le Sc. Med., gen. — A. CAPELLI. Rigeneraz. della milza. — L. MENCARELLI. L'appendicite nelle infezioni tifose e para-.

Arch. de Med., Cir., ecc., 2 feb. — P. GARRASCO MARTINEZ. Malaria e neurosifilide.

Rev. Méd. Latino-Amer., dic. — S. GREZZI. Le flebiti sifilitiche.

Rev. de Med., gen. — M. LAFFÉ. Lo jodio nel trattam. del m. di Basedow. — L. BLUM e al. Azotemia da mancanza di sale.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 10 feb. — M. MASA. Pancreatite parotitica e diabete giovanile.

Spitalul, gen. — T. DUMITRESCO. Accidenti biotropici nei trattamenti antisifilitici. — J. GRAVILLÀ e J. DANICICO. Digest. dei grassi e delle proteine dopo resezione dello stomaco.

Journ. de Méd. de Lyon, 5 feb. — L. BARD. Somiglianze e differenze nell'azione delle cause patogene. — A. LELULIER e L. VELLUZ. Microdosaggi in clinica.

Journ. A. M. A., 2 feb. — T. E. BADGLEY. Spostamento dell'epifisi femorale super. — C. JACKSON. Ulcera peptica dell'esofago. — C. T. STURGEON. Diverticoli esofagei.

Radiol. Med., feb. — A. M. BONANNO. Silicosi polmonari. — A. VALENTI. Sarcoma di Ewing.

Rinasc. Med., 15 feb. — U. CAVALLUCCI. Immunodiagnosi della sifilide. — G. DE SIMONE. Fucsina acida nella terapia della malaria. — P. ROLANDI RICCI. Secrez. cloridrica dello stom. e leucocitosi digest

Lancet, 16 feb. — C. A. BALLANCE. Natura del cancro.

Riv. San. Sicil., 15 feb. — M. GRAVAGNA. La diffusione delle malattie veneree.

Münch. Med. Woch., 15 feb. — CURSCHMANN. Xerostomia. — HAFFNER. La baldriana.

Mediz. Klinik, 15 feb. — J. NOVAK e M. HARNIK. Cause e trattam. della dismenorrea. — W. FRITZ. Paranefriti.

Brit. Med. Journ., 16 feb. — H. ROLLESTON. Natura delle malattie.

Minerva Med., 17 feb. — G. M. FASIANI. I compiti della moderna scuola di chirurgia. — E. POLACCO. Ereditarietà nell'ulcera g.-d.

Semana Méd., 24 gen. — V. DIMITRI. La press. arteriosa e rachidea negli epilettici. — T. A. TONINA e O. J. MONTANARO. Eteroterapia per via rettale.

Wien. Klin. Woch., 14 feb. — LÖWENSTEIN. Immunizzaz. percutanea.

Anales Fac. de Med. (Montevideo), nov.-dic. — H. HARTMANN. L'ulcera callosa dello stom. — E. SERGENT. Gli orizzonti nuovi della tisiologia. — J. C. PLÁ. La tens. venosa dal punto di vista clinico.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

Pubblicazioni di **TISIOLOGIA**, *a disposizione dei nostri abbonati:*

SULLA ESPLORAZIONE RADIOLOGICA DEL TORACE NELLA TUBERCOLOSI POLMONARE. (Prof. A. BUSI). *Lezioni* tenute al corso di perfezionamento delle malattie dell'apparato respiratorio (1928-1929). Volume di oltre 100 pagine, con 16 figure schematiche fuori testo. Prezzo L. 16, più le spese postali di spedizione.
Per i nostri abbonati sole L. 14,60 in porto franco.

NOZIONI ELEMENTARI SULL'ESPLORAZIONE RADIOLOGICA NELLA TUBERCOLOSI POLMONARE. (Prof. A. BUSI). Volume di pagine 42. Prezzo L. 5, più le spese postali di spedizione.
Per i nostri abbonati sole L. 4,60 in porto franco.

IL PNEUMOTORACE TERAPEUTICO. (Dottori R. DORIA e G. CESARI). Prefazione del prof. A. ANGELINI, prim. med. consul. degli Osp. Riuniti, già direttore del Sanatorio *Umberto I* in Roma. Volume di pagg. VIII-87, con 20 figure nel testo. Prezzo L. 12, più le spese postali di spedizione.
Per i nostri abbonati sole L. 10,90 in porto franco.

CONCETTO E DIAGNOSTICA DELLA TISI INIZIALE. (Prof. A. CAPOGROSSI). Volume di pagine VIII-83. Prezzo L. 10, più le spese postali di spedizione.
Per i nostri abbonati sole L. 8,75 in porto franco.

LA SANOCRISINA NELLA CURA DELLA TUBERCOLOSI POLMONARE. *Note critiche e Osservazioni cliniche.* (Prof. E. TRENTI). Prefazione del prof. VITTORIO ASCOLI. Volume di circa 100 pagine, con 38 radiografie e 22 grafiche termometriche nel testo. Prezzo L. 20, più le spese postali di spedizione.
Per i nostri abbonati sole L. 18 in porto franco.

TUBERCOLOSI E SANATORI. *Trattamento igienico-dietetico.* (Prof. G. MENDES). Prefazione del prof. sen. A. LUSTIG. Volume di pagg. IV-72, con 15 figure intercalate nel testo. Prezzo L. 10, più le spese postali di spedizione.
Per i nostri abbonati sole L. 8,75 in porto franco.

TUBERCOLOSI ED ESERCITO. (Dott. F. BOCCHETTI). Prefazione del prof. sen. G. SANARELLI. Volume di pagg. VIII-56. Prezzo L. 10, più le spese postali di spedizione.
Per i nostri abbonati sole L. 8,75 in porto franco.

COME SI AMMALA DI TUBERCOLOSI E COME SI GUARISCE. (Prof. A. SIGNORELLI). *E l'enunciazione del nuovo metodo di cura basato sull'iperemia totale e la ventralizzazione.* Volumetto di 44 pagine in nitidissima veste tipografica. Prezzo L. 5 in porto franco.

LE COLONIE SANITARIE MARINE MILITARI. *Nozioni di terapia marina, solare e di educazione fisica.* (Dott. F. BOCCHETTI). Prefazione del prof. A. SCLAVO. Un volume di pagg. VIII-80, con 21 figure nel testo. Prezzo L. 12, più le spese postali di spedizione.
Per i nostri abbonati sole L. 10,80 in porto franco.

MODERNI MEZZI DIAGNOSTICI DELLA INFEZIONE TUBERCOLARE. (Prof. G. MENDES). Volume di pag. 90, con 7 figure intercalate nel testo. Prezzo L. 7,50, più le spese postali di spedizione.
Per i nostri abbonati sole L. 6,90 in porto franco.

DELLA DIAGNOSI PRECOCE DELLA TUBERCOLOSI. (Dott. P. TIMPANO). Volume di pagg. 72, con 23 figure, in nero ed a colori, nel testo. Prezzo L. 9, più le spese postali di spedizione.
Per i nostri abbonati sole L. 7,25 in porto franco.

CONTRIBUTO ALLA LOTTA ANTITUBERCOLARE, con speciale riguardo ai piccoli Comuni. (Dott. P. TIMPANO). Volume di pagine 32. Prezzo L. 3, più le spese postali di spedizione.
Per i nostri abbonati sole L. 2,60 in porto franco.

LA DIFESA CONTRO LA TUBERCOLOSI E LA SUA LEGISLAZIONE. (Prof. A. FRANCHETTI). Volume di pagine 76. Prezzo L. 7,50, più le spese postali di spedizione.
Per i nostri abbonati sole L. 6,90 in porto franco.

LA TUBERCOLOSI MALATTIA SOCIALE. (Prof. A. ILVENTO). Volume di pagine 180. Prezzo L. 15, più le spese postali di spedizione.
Per i nostri abbonati sole L. 13,80 in porto franco.

IMMUNITÀ E TERAPIA SPECIFICA DELLA TUBERCOLOSI. (Prof. P. RONDONI). Volume di pag. 70. Prezzo L. 7,50, più le spese postali di spedizione.
Per i nostri abbonati sole L. 6,90 in porto franco.

LA CURA DELLA TISI POLMONARE COL PNEUMOTORACE ARTIFICIALE. (Prof. A. LURÀ). Volume di pagine 70, con 8 figure intercalate nel testo. Prezzo L. 7,50, più le spese postali di spedizione.
Per i nostri abbonati sole L. 6,90 in porto franco.

Per ottenere quanto sopra inviare Vaglia Postale o Chèque Bancario all'Editore LUIGI POZZI
Via Sistina, 14 — ROMA.

ANNO XXXVI — Roma, 1° Aprile 1929 — Num. 13

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

Nevralgia del plesso sacrale. Nevralgia sciatica.

(5^aL.- 1^aS.- 2^aS.- 3^aS.- 4^aS.)

Dott. GIUNIO ÇATOLA
Docente di Neuropatologia
nella R. Università di Firenze.

La nevralgia sciatica è una affezione del nervo sciatico, che è l'unico ramo terminale del plesso sacrale, o di una delle sue ramificazioni. Ha per base anatomica un processo di neurite o di perineurite ora estremamente lievi come nella sciatica-nevralgia, ora delle alterazioni a tipo manifestamente flogistico o flogistico-degenerativo come nella sciatica-neurite.

Come tutte le nevralgie anche le sciatiche possono essere distinte in *essenziali* ed in *secondarie o sintomatiche*. A queste ultime appartengono le cosidette *parasciatiche* ossia quelle algie sciatiche che sono prodotte da lesioni irritative ubicate nella immediata vicinanza del nervo, lesioni che possono risiedere o nell'interno od all'esterno della cavità rachidea. Figurano, con la maggior frequenza, tra le prime: il morbo di Pott; la sifilide vertebrale; il cancro vertebrale; le spondilosi osteofitiche (tubercolari, gonococciche, reumatiche) e fibroplastiche con ossificazione dei ligamenti; la spondilosi rizomelica; la sacralizzazione della 5^a v. lombare; la megapofisite trasversa lombare; i tumori meningei extra- ed intradurali. Alle cause sciatalgiche extrarachidee appartengono: i tumori; le fratture; le affezioni flogistiche del sacro; l'artrite sacroiliaca; le annessiti e le periannessiti; i tumori utero-annessiali, rettali e prostatici; l'appendicite e la tiflite; e, lungo l'arto, le lesioni traumatiche e flogistiche del femore o delle ossa della gamba, le lussazioni, i calli deformi, le artriti, il *genu recurvatum*, il piede piatto ecc.

Nel gruppo delle sciatiche sintomatiche dobbiamo inoltre situare: *a*) le sciatiche provocate da iniezioni intraglutee di medicamenti caustici e necrosanti (sali di chinino, sali di mercurio, olio canforato, ecc.); *b*) le sciatiche ostetriche dovute a compressione del plesso sacrale esercitata dalla testa del feto o eventualmente da strumenti chirurgici; *c*) le sciatiche varicose dipendenti ora da stasi venosa del nervo ora da piccoli focolai di flebite e periflebite propagantesi al nevrilemma; *d*) le sciatiche neoplastiche per tumori propri del nervo.

Le sciatiche possono essere anche secondarie a cause d'ordine generale e cioè: 1) ad infezioni (sifilide, tubercolosi, paludismo, blenor-

ragia, influenza, tifo e paratifo, meningite cerebro-spinale); 2) ad autointossicazioni (diabete, gotta) e ad etero-intossicazioni (alcoolismo, saturnismo, ossido di carbonio ecc.).

Sciatiche essenziali. — Eziologicamente sono quelle che non dipendono da nessuno dei gruppi delle cause sin qui enumerate: sono state dette anche sciatiche *reumatiche* e si manifestano generalmente verso i 40 anni in soggetti con note più o meno evidenti di uricemia. A seconda dell'altezza del processo sciatalgico, furono distinte in sciatiche *basse* o *tronculari*, in *sciatiche mediane* o *plessiti-sciatiche*, ed in sciatiche alte (*radiculiti* e *funiculiti*).

La sciatica tronculare o del tronco del nervo, può essere totale oppure parcellare. Questa può localizzarsi allo sciatico popliteo esterno o allo sciatico popliteo interno od ai rami plantari. Le nevralgie sciatiche plantari sono da distinguere dalle tarsalgie (piede piatto valgo, doloroso; scafoidalgia o malattia di Kohler per apofisite da accrescimento) e dalle diverse talalgie.

Le sciatiche alte furono considerate come delle radiculiti da Dejerine e come delle funiculiti da Sicard. L'origine radicolare sarebbe provata dai seguenti sintomi: dolore ai punti apofisari (Walleix); esagerazione del dolore nella tosse e nello starnuto; topografia degli eventuali disturbi sensitivi a strisce longitudinali; frequente linfocitosi; contratture paravertebrali con scoliosi alterna ecc. Il Sicard sostiene che in tutti questi casi si ha una lesione del funicolo nervoso estra-meningeo (tratto compreso tra il ganglio posteriore ed il plesso nervoso) corrispondente ai fori di coniugazione. Secondo lui, infatti, processi artritici determinati dal freddo, dal reumatismo, da autointossicazioni ecc. darebbero origine, in corrispondenza di detti fori, ad alterazioni perifunicolari con conseguente irritazione e compressione dei nervi stessi (neurodociti). Evidentemente anche in questo caso si tratterebbe più di parasciatiche che di sciatiche essenziali.

Le funiculiti sono più frequenti delle radiculiti ma è certo che dal novero delle forme essenziali non si possono escludere le sciatiche a tipo radicolare quali furono descritte da Dejerine.

Sintomatologia. — Una buona parte della sintomatologia clinica della sciatica non è che la espressione di reazioni antalgiche, transitorie o fisse, automatiche o passivamente provocate, atte a porre od a conservare il nervo sciatico od i rami interessati in istato di rilasciamento. Tra i sintomi di questo ordine possiamo annoverare: il classico sintoma di Lasègue; il segno di Bechterew o dolore sullo sciatico leso nella manovra di Lasègue compiuta sull'arto sano; il sintoma di Kernig; il dolore alla flessione forzata della testa sul torace secondo la manovra di Brudzinski(Neri); il segno di Bonnet o dolore alla adduzione forzata della coscia; il sintoma di Sicard o dolore alla flessione forzata del piede; il sintoma di Neri o flessione antalgica del ginocchio dal lato ammalato nella flessione anteriore del tronco stando il paziente in piedi e ad arti estesi ecc. ecc.

Atteggiamenti antalgici prolungati o fissi: scoliosi crociata o alterna cioè a concavità rivolta verso il lato sano; scoliosi omologa, a concavità dal lato ammalato. La prima pone a riposo l'arto sofferente e tende a tenere aperti i fori di coniugazione ed a rilasciare l'articolazione sacro-iliaca (sciatica funicolare): la seconda permette il massimo rilasciamento del nervo (sciatica tronculare o radiculare). La scoliosi può essere, benchè di rado, alternante.

A queste deviazioni vertebrali si associano spesso altre disarmonie delle forme plastiche (asimmetria scapolare, costoaddominale ecc.).

La contrattura antalgica dei muscoli sacrolombari e dello psoas di un lato può produrre un accorciamento apparente dell'arto (sciatica spasmodica di Brissaud o miotonica di Sicard). I malati di sciatica conservano frequentemente posizioni antalgiche sia nella posizione seduta, sia durante il cammino, sia infine nel decubito dorsale. Un buon segno è costituito dalla ascensione del tallone corrispondente all'arto malato (Sicard).

Disturbi obbiettivi della sensibilità. I disturbi della sensibilità obbiettiva consistono generalmente in ipoestesie più o meno marcate e si riscontrano sopratutto nelle sciatiche croniche e specie in quelle con lesioni a tipo neuritico. Sono localizzati al territorio cutaneo del nervo e posseggono una topografia radicolare a strisce longitudinali (nell'ambito delle radici 4ª-5ª L; 1ª-2ª S).

Frequente è il dolore provocato alla pressione diretta sui punti di elezione del nervo o dei suoi rami o punti del Walleix. Questo A. descrisse una dozzina di punti dolenti, ma i più importanti sono: il punto lombare al di sopra del sacro; il punto sacro-iliaco corrispondente alla articolazione sacro-iliaca; un punto gluteo alla parte superiore della incisura ischiatica; un punto retro-trocanterico nella doccia ischio-trocanterica; i punti femorali (superiore, medio, inferiore) alla regione posteriore della coscia; il punto popliteo alla parte esterna del cavo popliteo; il punto peroniero al di dietro della testa del perone; il punto malleolare alla parte inferiore e posteriore del malleolo esterno; il punto Achilleo o sensazione dolorosa al pizzicamento brusco del tendine di Achille. Anche il pizzicamento del margine interno della massa degli adduttori è più dolorosa dal lato sano che dal lato ammalato (Barré).

Tono muscolare, motilità. — Frequente l'ipotonia muscolare. Questa è alla base dei seguenti fenomeni: abbassamento della piega

glutea; rilasciamento del tendine di Achille e del tallone; difficoltà di stare sulla punta del piede per paresi ed ipotonia dei soleare e dei gemelli (Chiray); appiattimento della volta plantare del piede. In qualche raro caso si può avere una paresi assai accentuata nel territorio dello sciatico popliteo esterno con steppage.

Riflessi. — Possono essere indeboliti o scomparsi i riflessi Achillei ed i medio-plantari. Lo stesso dicasi dei riflessi tibio-femorale posteriore e peroneo-femorale posteriore.

Riflessi cutanei (gluteo, cremasterico, addominale) spesso esagerati.

Riflessi muscolari. — Le contrazioni idiomuscolari alla percussione diretta sono generalmente più vivaci che di norma: lo stesso si può ripetere per la contrattilità riflessa del grande gluteo (Rose). La percussione delle masse muscolari del polpaccio provoca delle contrazioni fibrillari o fascicolari più manifeste dal lato ammalato che dal lato sano (Sicard) e la percussione medio-plantare può determinare una flessione delle dita (riflesso muscolare delle dita, riflesso muscolare pedoplantare di Rimbaud) anche quando è abolito il riflesso di Guillain e Barré. Ugualmente può aversi la flessione dell'alluce per percussione lungo il margine interno del tendine di Achille, che è un fenomeno di esagerata contrattilità idiomuscolare (Villaret e Faure Beaulieu, Boveri).

Disturbi trofici. — L'ipotrofia muscolare è assai frequente nelle sciatiche croniche, specie se di tipo neuritico; essa è ora diffusa, ora localizzata al territorio di alcune radici e talora persino parcellare. Non rara, ad esempio, l'atrofia del solo muscolo pedidio (Barré).

Disturbi circolari e simpatici. — Frequente l'abbassamento della temperatura locale; rari l'edema e la cianosi; ancor più rari l'ipoidrosi, l'iperidrosi, l'ipotricosi, l'ipertricosi, la poliuria e la glicosuria riflesse.

Elettrodiagnosi. — Non rare le alterazioni quantitative della eccitabilità nerveo-muscolare nelle sciatiche di antica data ed a forma francamente neuritica e sintomatica. L'ipoeccitabilità predomina spesso sullo sciatico popliteo interno. In alcuni casi si hanno anche R. D. parziale e modificazioni della cronassia (Bourguignon). Liquido cefalo-rachidiano per lo più normale. In un certo numero di casi si ha leggera linfocitosi specie quando coesistono segni di lesione radicolare. Nei due terzi di sciatiche alte si nota lieve iperalbuminosi e lieve ipercitosi (Sicard, Roger) mentre nelle sciatiche funicolari sarebbe frequente la dissociazione albumino-citologica (Forestier).

Non è sempre agevole fare una diagnosi differenziale tra sciatica essenziale e sciatica sintomatica. Da un punto di vista generale si può dire che non appartengono di regola alle prime le sciatiche che si accompagnano: *a*) a segni più o meno evidenti di lesioni organiche radiculo-periferiche (paralisi, amiotrofie, anestesie, disturbi sfinterici, R. D. ecc.); *b*) a irradiazioni dolorose persistenti in corrispondenza degli organi genito-rettali, o della regione inguino-addominale; *c*) a iperalbuminosi ed iperleucocitosi del liquido cefalo-rachidiano; *d*) le sciatiche dei bambini e degli adolescenti.

Per una esatta diagnosi di sciatica bisogna anche tener conto di tutte quelle contingenze morbose che possono simulare una algìa del nervo sciatico e che potrebbero indurre in errori clinici e terapeutici (false sciatiche). Le affezioni dolorose più frequenti capaci di prestarsi a confusione sono: le coxalgie, le artriti sacro-iliache, la psoite, il reumatismo muscolare, certe forme di flebalgie con un minimo di segni locali, qualche caso di arterite cronica o di embolia arteriosa ecc. Vi è poi da mettere in lizza tutta la serie di algìe nervose indipendenti dallo sciatico quali: le algìe crurali, otturatorie e femoro-cutanee; le algìe di origine centrale, cerebrale o midollare come si possono osservare nelle lesioni del talamo ottico (e forse anche della corteccia), nella encefalite letargica, nella tabe dorsale, nelle radicoliti specifiche e nelle affezioni del simpatico (perivasale, intrasciatico e midollare).

TERAPIA. — La terapia della sciatica, come del resto accade per ogni altra affezione ad eziologia polimorfa, deve essere basata sopra una conoscenza il più possibile esatta, delle cause. Queste, come abbiamo veduto nel riassunto clinico, sono spesso numerose e complesse: vi debbono perciò corrispondere mezzi terapeutici molteplici e di vario ordine. Non ci soffermeremo in maniera dettagliata sulla terapia della sciatica sintomatica che comprende tutte quelle applicazioni curative generali e locali atte o a modificare discrasie auto- ed eterotossiche o ad eliminare processi patologici parasciatici di natura chirurgica capaci di determinare, in via secondaria, una irritazione più o meno grave del nervo sciatico in un punto qualsiasi del suo percorso. Evidentemente il compito del medico è in questi casi quello di curare le affezioni fondamentali di cui la lesione sciatica non rappresenta che una manifestazione contingente, applicando tutti quei sistemi di cura, medicamentosi, fisioterapici, chirurgici che sono consigliati dalle singole malattie in atto. Nel presente capitolo ci occuperemo quindi esclusivamente della terapia delle sciatiche non sintomatiche ovvero sia delle sciatiche note sotto i nomi di essenziali, volgari, artritiche, uricemiche, reumatiche.

La terapia della sciatica può essere distinta in eziologica, patogenetica e sintomatica.

Terapia eziologica e patogenetica. — Questa deve essere diretta prima di tutto a modificare il terreno organico allorchè vi sono segni più o meno manifesti di artritismo o di uricemia: conseguentemente le prescrizioni dovranno ri-

ferirsi alla igiene generale del corpo ed alla igiene alimentare evitando la vita sedentaria e le fatiche eccessive, i luoghi freddi e umidi, praticando moderati esercizi fisici e della balneoterapia, restringendo l'uso della carne e di tutti gli alimenti uricemizzanti, istituendo cure diuretiche, uricolitiche ed antiuricemiche. Nelle sciatiche acute di natura artritico-reumatica è indicato il salicilato di sodio a dose progressiva da 1 a 4-5 gr. pro die, per un periodo di 10-15 giorni, trattamento che può essere molto utile anche nelle sciatiche subacute. In queste, alcuni AA., dopo la cura salicilica, prescrivono una cura supplementare di salicilato di litina per altri 15-20 giorni.

Weill-Hallé e Chabanier ottennero in vari casi ottimi resultati dal salicilato di sodio somministrato per via endovenosa per quanto in qualcuno di essi si manifestasse una intensa reazione generale con febbre, brividi, vomito.

Un altro medicamento antireumatico efficace è rappresentato dallo zolfo colloidale somministrato sia per via orale sia per iniezioni endovenose od endomuscolari.

Sempre nelle sciatiche a tipo reumatico può dare favorevoli resultati la proteinoterapia e più particolarmente la caseino-terapia per iniezioni endomuscolari. Roch e Katzenelboge consigliano una soluzione di caseina al 10 % da iniettare alla dose di 1/2-1 cmc. ogni 5 giorni.

Terapia antiflogistica. — Questa comprende una medicazione revulsiva e delle applicazioni fisioterapiche (elettroterapia, radioterapia, termoterapia, idroterapia ecc.).

Le revulsioni cutanee hanno per iscopo la modificazione della circolazione perinervosa attraverso la innervazione simpatica e si provocano ordinariamente con l'uso dei rubefacienti e dei vescicanti (senapismi, empiastri senapati, tintura di iodio guaiacolata, preparazioni liquide a base di solfocianuro di allile (essenza di senapa), revulsivo di Boudin ecc.

I. Piticariu raccomanda le frizioni in loco dolenti con la seguente pomata:

Ioduro di potassio		
Iodio metalloide		
Solfo polverizzato aa	Gr.	5
Axonge	»	50

Coprire l'epidermide con cotone idrofilo; togliere la medicatura dopo 2 giorni: ripetere se l'epidermide lo permette la stessa applicazione durante 5-6 settimane.

Un ottimo revulsivo si può ottenere con la seguente prescrizione:

Olio di ricino		
Olio di oliva aa	Gr.	120
Etere solforico	»	100
Canfora	»	45
Acido salicilico	»	25

Imbevere strisce di flanella ed applicarle lungo la regione posteriore della coscia per 10 ore ogni notte per 6-8-10 volte o più sino alla scomparsa del dolore.

In disuso le revulsioni ignee o punte di fuoco, le mignatte e le ventose scarificate.

Elettroterapia. — Questa può riuscire vantaggiosa nelle sciatiche reumatiche a decorso subacuto o cronico. Si dovrà ricorrere esclusivamente alla corrente galvanica sedativa od eutrofica.

Tecnica. — Largo catode di 150-400 cq. alla regione lombare alla altezza della emergenza delle radici dello sciatico, anode costituito da un bagno (bagno-elettrodo) in un recipiente isolante di vetro o di porcellana per la immersione della gamba ammalata. Graduale aumento della intensità della corrente sino al massimo tollerabile (20-40-60 milliampères) con diminuzione graduale sino a 0. Durata della applicazione 20-40 minuti. Le sedute vanno ripetute tutti i giorni o ogni due giorni: il miglioramento comincia a manifestarsi dopo 6-10 sedute a seconda della gravità della affezione. All'elettrode-bagno può essere sostituita una placca di sufficiente larghezza. Un altro metodo consiste nel portare l'anode (100-200 cq.) successivamente sui vari punti dolenti (10-15 minuti per ognuno) adoperando una corrente di 10-12 milliampères e avendo cura di inalzare sempre gradualmente la intensità di essa e di riportarla pure a 0 nel passaggio da un punto dolente all'altro. In certi casi alla corrente a direzione ascendente si può sostituire con vantaggio la corrente a direzione opposta.

È importante sapere che nelle forme croniche, antiche, il miglioramento può essere interrotto da una crisi dolorosa più o meno intensa: questa secondo Zimmern non è che un parossismo critico, finale.

Nelle nevriti sciatiche con amiotrofia e RD. si impiegheranno le correnti alle quali i muscoli siano eccitabili e, per conseguenza, faradiche in certi casi e galvaniche in certi altri.

Se l'atrofia muscolare è di già notevole si impone un complemento di cura mediante le correnti galvaniche ritmate o meglio mediante la galvanizzazione ondulata. I bagni idroelettrici a correnti sinusoidali sono consigliabili nei casi di nutrizione difettosa. Può essere utilizzata anche l'alta frequenza specie nel modo consigliato da Dénoyés e Bordier (applicazioni dirette di correnti di alta frequenza con due elettrodi nudi riuniti ciascuno ad una estremità del piccolo solenoide ed applicati l'uno sulla regione lombare e l'altro a semi-braccialetto in corrispondenza del polpaccio). Sedute ogni due giorni di 10-15 minuti di durata.

Invece della galvanizzazione semplice si può in casi ribelli applicare la galvanizzazione con la introduzione di ioni medicamentosi (ionizzazione), di acido salicilico, di chinino, di aco-

nitina, di iposolfito di soda. Ottimi resultati possono ottenersi in certi casi con la diatermia.

Radioterapia. — Alcuni Autori (Babinski, Charpantier, Delherm, Zimmern, Barrè e Gunsett) hanno in vari casi di sciatica, impiegate applicazioni radioterapiche con buoni resultati. Le irradiazioni concentrate sulla regione lombo-sacrale, sopprimono le compressioni perifunicolari ed agiscono favorevolmente sopratutto in quelle forme di sciatica nelle quali predomina il sintoma dolore.

Per Barrè e Gunsett (1921) il metodo di scelta consiste nella applicazione di una dose debole 3H ogni 8 giorni con filtro di alluminio di 4 millimetri. È da tener presente che le irradiazioni lombo-sacrali praticate in donne giovani possono produrre una menopausa anticipata specie se la radioterapia è stata intensiva.

In caso di successo si può ricorrere alla radiumterapia, sia con applicazioni locali sia con iniezioni ad azione generale, di sali radio-attivi (sali di mesotorio o di 5orio) che si trovano preparati in fiale a dosi differenti. Data la loro facile esauribilità è necessario adoperare prodotti freschi e a dosi elevate (200-500 microgrammi). Si possono anche prescrivere acque minerali radioattive, o emanazioni di gas radioattivi, ecc. Sommer (1913) su 75 casi di sciatiche, trattate con la curieterapia, ebbe 40 guarigioni complete, 23 miglioramenti notevoli e 10 insuccessi.

Termoterapia - Fototerapia: *a*) Termoterapia diretta: termofori, compresse calde (40-60°) applicazioni di sacchetti di sabbia o di cenere calda; *b*) Termoterapia a distanza: bagni e doccie di aria calda (120-150°) una volta al giorno per 20-30 minuti; bagni e doccie di vapor d'acqua semplice o medicato (terebentinato).

Alla termoterapia può associarsi la luminoterapia che può essere realizzata o con la esposizione diretta della regione sciatica ai raggi solari (elioterapia) o con bagni termo-luminosi a lampade elettriche coi noti apparecchi. Si può praticare anche la fototerapia semplice con luce bleu o con raggi ultravioletti.

Crioterapia. — Invece delle applicazioni calde alcuni AA. hanno consigliato delle applicazioni fredde le quali molto probabilmente agiscono come dei revulsivi provocando rubefazioni reattive più o meno intense. A tale scopo si è ricorso alla frizione di neve (Taskinen) lungo il decorso dello sciatico oppure alla polverizzazione di etere, di cloruro di etile o di metile ripetute ogni 2-3 giorni nella stessa regione. Non crediamo siano metodi da seguire.

Idroterapia. — È stata sempre largamente usata specie sotto forma di bagni caldi di acqua semplice o solforosa. Si può preparare un buon bagno caldo solforato sciogliendo del trisolfuro di potassio (fegato di zolfo) alla dose di 120-150 gr. in una ordinaria vasca da bagno. Meno usate le docciature calde di acqua semplice o solforata.

In certi casi di sciatica a tipo artritico-reumatico sono da consigliarsi stazioni termali con acque solforate calde o di fanghi.

Kinesiterapia. — Non si deve intervenire con applicazioni kinesiterapiche nelle sciatiche acute e molto dolorose nelle quali è invece preferibile una immobilità più o meno completa per qualche tempo sino alla mitigazione dell'algìa. Le applicazioni kinesiterapiche più frequentemente usate sono i massaggi e la graduale mobilizzazione attiva e passiva dei vari segmenti dell'arto ammalato.

Terapia ad azione diretta sullo sciatico. — *A*) Iniezioni superficiali, sotto-cutanee. Nelle sciatiche non gravi possono dare buoni resultati le iniezioni di siero fisiologico alla dose di 5 cmc. sui principali punti di Walleix ripetute ogni due giorni, oppure, in certi casi, anche le iniezioni di forti quantità della stessa soluzione (100-200 cmc.). Queste sono preferibili alle prime in quantochè sono capaci di produrre una distensione analgesica più efficace dei tessuti.

Il siero fisiologico può essere novocainizzato con l'aggiunta di 3-4 cmc. di novocaina per ogni iniezione.

Numerosissimi sono i prodotti medicamentosi proposti per le iniezioni sottocutanee a scopo analgesico e modificatore. Basta ricordare le principali che sono: l'antipirina, il piramidone, il cloroformio, l'acido osmico, il nitrato di argento, l'acido fenico, il bleu di metilene, l'ioduro di sodio. Le iniezioni ipodermiche di acido fenico furono preconizzate in Italia da G. Baccelli alla dose di 1-2 cmc. lungo il territorio anatomico dello sciatico. Miglioramenti sicuri si ottennero anche con le iniezioni quotidiane di bleu di metilene (1-4 cmc. di una soluzione al 2 %) nella stessa regione. Champion (1912) consiglia le iniezioni, una volta tanto, nei muscoli glutei o nella massa comune sacro-lombare di 2-4 cmc. della soluzione seguente; ioduro di sodio puro, disseccato 2 ctg. acqua distillata 2 gr. sterilizzata a caldo. Occorrendo si potrà ripetere la iniezione nello stesso giorno. Questo metodo può dare una rapida sedazione del dolore. Invece di siero si possono iniettare aria sterilizzata od ossigeno nella quantità di 250-300 cmc. in 3 punti differenti: regione lombare, faccia esterna della coscia, regione supero-esterna della gamba al di sopra della testa del perone. In casi ribelli alcune delle sostanze sopraricordate invece che sotto la pelle possono essere iniettate profondamente nelle immediate vicinanze del nervo (iniezioni justanervose). È allora necessario procedere con la più grande prudenza poichè molte di esse (alcool, etere, acido fenico, acido osmico ecc.) posseggono una energica azione neurolizzante e potrebbero

perciò produrre lesioni più o meno gravi del nervo con conseguenti paralisi di senso e di moto più o meno estese e durature.

Tra le sostanze più frequentemente adoperate per iniezioni paranervose sono da citare: il siero fisiologico alla dose di 25-40 cmc. o più, semplice o novocainizzato; il bleu di metilene (2-5 cmc. di una soluzione all'1 %); il salicilato di sodio (Bouchard) da iniettare ogni 5-6 giorni su due o tre punti dolorosi, alla dose di un cmc. nella soluzione seguente:

Salicilato di sodio	gr.	0.50
Acqua distillata e sterilizzata	cmc.	10

Il glicerofosfato di sodio (Robin) alla dose di 2-3 cmc. di una soluzione a 0.25 per 2 cmc.; il solfato di stricnina (Retivox, Zartzyne) in iniezioni quotidiane alla dose di 1/2-1 milligr.

Alcoolizzazione. — Sicard consiglia le iniezioni nelle vicinanze del nervo ossia nella guaina cellulare perinervosa, da praticare in numero di 3-4 in una stessa seduta alla dose di 2-3 cmc. della soluzione:

Alcool puro	cmc.	10
Antipirina	gr.	2

Le iniezioni, circuenti il nervo, debbono esser fatte sia in corrispondenza della grande incisura ischiatica, sia nella doccia ischio-trocanterica e debbono essere ripetute ogni due o tre giorni sino a guarigione.

Sicard consiglia anche le iniezioni perinervose di lipiodol (olio iodato) che iniettato alla dose di 1-5 cmc. in una o più volte provocherebbe una rapida sedazione del dolore.

Per praticare queste iniezioni è indispensabile una conoscenza sufficientemente esatta dei punti di repere per arrivare sia sul tronco principale del nervo alla sua emergenza, sia su uno dei suoi rami importanti: vedasi a tal uopo i metodi consigliati da Malgaigne e Richet, da Brissaud, da Sicard, da Lévy e Baudoin ecc. Questi due ultimi AA. infiggono l'ago ad una profondità variabile dai 4 ai 9 cm. a seconda della adiposità del malato, in un punto situato un pollice all'esterno dell'unione del 1/3 interno coi 2/3 esterni di una linea congiungente l'articolazione sacro-coccigea col margine postero-esterno del grande trocantere.

Iniezioni epidurali. — Queste vengono praticate con aghi lunghi 7-9 cm., relativamente sottili e con siringhe di vetro di 10-20 cmc. Le soluzioni adoperate sono di regola l'acqua distillata semplice od il siero fisiologico novocainizzati alla dose di 10-15 cmc. Generalmente sono sufficienti 2-6 iniezioni con 4-5 giorni di intervallo fra l'una e l'altra. Brissaud consigliò di adoperare l'olio cocainizzato; Colleville il guaiacolo ortoformizzato; Albarran l'antipirina; Forestier e Sicard il lipiodolo.

Per praticare questa iniezione si deve adottare la posizione del malato in decubito laterale con iperflessione degli arti inferiori sull'addome oppure anche la posizione genu-pettorale od una posizione equivalente.

La iniezione viene praticata nel canale sacrale attraverso l'hiatus sacro-coccigeo ed in modo da non pungere il sacco o cono durale. A tal uopo basta tener presente che tale sacco non discende mai nell'adulto al di sotto del margine inferiore della seconda vertebra sacrale.

I malati dopo la iniezione dovranno rimanere in riposo per qualche ora. Secondo il Sicard la iniezione epidurale darebbe buoni resultati nell'80 % dei casi di sciatica artritico-reumatica, ciò che è stato confermato da altri AA. (Roger e Aymès, Cathélin, Brocard ecc.).

Roger e Aymès hanno anche applicato alla cura della sciatica le *iniezioni retrorettali* identiche a quelle che furono preconizzate da Jaboulay nella cura della incontinenza notturna delle urine e ne ottenne dei resultati ottimi, paragonabili a quelli dovuti alle iniezioni epidurali. Si iniettano 100-200 cmc. di siero fisiologico nella loggia retro-rettale. Questo siero può essere rimpiazzato da aria sterilizzata.

In certi casi di sciatica alta può essere indicata la iniezione epidurale lombare tra la 4ª e la 5ª vertebra. L'ago deve perforare solo la dura madre senza penetrare cioè nello spazio sub-aracnoideo. Per questa via si possono iniettare 5-10 cmc. di siero fisiologico novocainizzato o 1-2 cmc. di lipiodolo.

Nelle sciatiche a tipo francamente radicolare ed in casi assolutamente eccezionali si può ricorrere alla rachianestesia sottoaracnoidea secondo la tecnica comune.

Da quanto abbiamo succintamente esposto, risulta che i mezzi di cura nella sciatica così detta essenziale sono svariatissimi tanto che il pratico può trovarsi in serio imbarazzo nella scelta, specie nei casi nei quali la indeterminatezza delle cause non permette di stabilire una direttiva terapeutica sicura. Si possono tuttavia suggerire alcune regole di ordine generale. Nelle sciatiche acute si impone il riposo a letto. Tra i vari metodi curativi si dovrà ricorrere con preferenza alle cure salicilinche, ai bagni caldi semplici o solforosi, ai bagni termoluminosi, alla diatermia, alle revulsioni rubefacienti lungo il decorso dello sciatico. Nelle forme subacute e croniche, dopo aver esperimentato senza successo alcune delle cure ora ricordate, si potranno applicare iniezioni paranervose, epidurali, retrorettali, la radioterapia radicolare e dei funicoli lombo-sacrali e si consiglierà l'uso dei sali di litio, lo solfo colloidale, preparati iodici ecc.

Per calmare il dolore nel periodo più acuto dell'algia, si prescriverà un buon analgesico (piramidone, gardan, salipirina ecc.) per via orale e qualche applicazione esterna locale di linimenti o pomate a base di salicilato di metile, di balsamo di Opodeldoch, di balsamo di Fioravanti, di mesotan, di giusquiamo e cloroformio, ecc.

BIBLIOGRAFIA.

La bibliografia sulla *Sciatica*, anche se limitata all'ultimo ventennio, dovrebbe comprendere un numero considerevolissimo di citazioni. In armonia con l'indole della presente nota ci limiteremo solo a qualcuna delle indicazioni più importanti:

Blanc. *Terapia della sciatica con gli agenti fisici.* Thèse de Paris, 1910.

Cathélin. *Les injections épidurales par ponction du canal sacré.* Baillières, 1903.

Corradini e Rovatta. *La terapia della sciatica secondo il metodo Baccelli.* Policlinico, Sez. pratica, 1915.

Favini. *Trattamento della sciatica con le iniezioni epidurali.* Soc. Lomb. di Scienze med. e biol., 1914.

Giordani. *La diagnosi della sciatica.* Morgagni, 1917.

Lévy et Baudoin. *Névralgies et leurs traitement.* Baillières, 1909.

Lortat-Jacob et Sabareaunu. *Les sciatiques et leur traitement.* Masson, 1913.

Roger et Aymès. *Diagnostic et traitement des sciatiques.* Maloine, 1923.

Sicard. *Les Sciatiques.* Traité de Pathologie Méd. Sergent, Babonneix, ecc. Maloine, 1921.

LAVORI ORIGINALI.

R. Clinica delle malattie nervose e mentali presso la R. Università di Pavia diretta dal Prof. Rossi Ottorino.

Terapia arsenobenzolica della corea

per il dott. Ottonello Paolo, assistente.

Per quanto non esista, si può dire, malattia nervosa per la quale non si sia creduto ed in molti casi non si creda ancora alla efficacia terapeutica dell'arsenico, ben poche affezioni neurologiche traggono in realtà benefici effetti da questo medicamento. Tra queste occupa indubbiamente un posto preminente la corea del Sydenham nella quale la disponibilità di preparati di facile assorbimento e di scarso potere tossico ha consacrato l'uso dell'arsenico principalmente sotto forma di liquore arsenicale del Fowler e di cacodilato di sodio.

Gli insuccessi completi non sono però rari e gli insuccessi parziali nel senso di riuscire a dominare la malattia solo dopo lunghissimo trattamento sono frequenti. A produrli concorre certamente nella pratica privata la difficoltà di realizzare le indispensabili condizioni accessorie nella terapia di questa forma morbosa, riposo assoluto a letto e regime dietetico, ma in misura non inferiore le cause determinanti sono da ricercare nella scarsa efficacia delle comuni preparazioni di As e nei fenomeni di intolleranza specialmente verso il liquore del Fowler che compaiono dopo un certo tempo in numero di casi non indifferente. Ad ovviare a questi inconvenienti sono stati naturalmente tentati vari altri sistemi di terapia ma ben pochi dei nuovi medicamenti, antireumatici, eteroproteine, solfato di magnesio, bromuri, luminale, hanno mostrato di abbreviare in modo manifesto il decorso della malattia. Anzi spesso si ottengono delle guarigioni incomplete che non mettono al riparo da riacutizzazioni dominabili naturalmente con maggiori difficoltà.

Convinti di una azione elettiva dell'As sulle strutture nervose dalla cui disfunzione dipende la manifestazione saliente della corea e riponendo la causa della incostanza degli effetti della terapia arsenicale nella scarsa attività delle preparazioni di uso più comune, Bokay, Marie e Chatelain, Talent hanno sperimentato già da parecchi anni la somministrazione degli arsenobenzoli ottenendo dei buoni risultati. Questi tentativi sono stati ripetuti sia pure sporadicamente ed hanno sempre corrisposto esiti soddisfacenti. Questa terapia non ha trovato però larga applicazione sopratutto perchè è convinzione molto diffusa che alla somministrazione degli arsenobenzoli seguano spesso conseguenze spiacevoli.

Scopo di questa brevissima nota è di rendere noti i vantaggi che nel trattamento della corea si ottengono con gli arsenobenzoli e sopratutto di far rilevare l'infondatezza delle idee preconcette che circondano questo composto arsenicale. Poichè, se, per le particolari condizioni di assistenza in cui gli ammalati vengono a trovarsi nelle Cliniche, ai medici di queste è concesso ricorrere a mezzi terapeutici quali, per ovvie considerazioni, non può mettere in opera il medico pratico ed è anche concesso ottenere buoni risultati, ad essi è fatto pure obbligo di divulgare quei procedimenti che nelle loro mani si mostrano attivi e sopratutto scevri di effetti dannosi per l'organismo.

In questa Clinica sono stati accolti negli ultimi due anni numerosi ammalati di corea del Sydenham, in genere ammalati nei quali la sintomatologia aveva assunto fin dall'inizio notevole gravità ed ammalati nei quali la terapia arsenicale comune non aveva mostrato azione efficace. Nell'intento di stabilire dei termini di confronto si deliberò di sottoporre una parte degli ammalati ad un trattamento a base di preparati comuni di As ed eventualmente di sedativi diversi, e di sottoporre invece ad esclusivo trattamento arsenobenzolico i sog-

getti affetti dalle forme più gravi e quelli già curati senz'effetto a domicilio. Questi ultimi nel detto periodo sommarono a dieci.

Come composto arsenobenzolico pratico si prescelse un preparato (Neo I.C.I.) atto alla introduzione per via endomuscolare ed attivo.

Le iniezioni praticate con le solite cautele e con la sola avvertenza di portare il medicamento negli strati muscolari profondi, non hanno mai determinato alcuna conseguenza spiacevole locale o generale che potesse suggerire una sospensione anche temporanea della cura o una diminuzione delle dosi del medicamento. Vennero eseguite ad intervalli regolari di quattro giorni alla dose iniziale di 10 centigrammi con un progressivo aumento di gr. 0.10 per volta fino ad un massimo di gr. 0.40. Quest'ultima dose venne ripetuta diverse volte in un solo soggetto, in genere ci limitammo alla ripetizione della dose di grammi 0.20 per gli ammalati più giovani, di 0.30 per quelli di maggiore età.

Si è sistematicamente proceduto dopo ogni iniezione ad esami qualitativi delle orine per accertare l'eventuale comparsa di componenti anormali; in un solo caso si constatò la presenza di sostanze riducenti nelle orine emesse nelle 24 ore successive alle prime due iniezioni, ed in quantità tale da non suggerire alcuna modificazione al trattamento stabilito.

L'età degli ammalati era compresa fra i 10 ed i 17 anni; essi ebbero in media complessivamente due grammi di medicamento. Il minimo di gr. 1.20 fu sufficiente per un s. di 10 anni nel quale ai disturbi della motilità si associavano disturbi psichici del tipo di eccitazione confusionale, il massimo di gr. 3 fu richiesto da un s. di 14 anni nel quale la malattia, cominciata a 6 anni, aveva presentato delle gravi accentuazioni annuali che non erano mai passate a guarigione completa con la somministrazione dei comuni preparati arsenicali.

La dose sufficiente a determinare la scomparsa di ogni traccia di movimenti involontari fu in media di due grammi suddivisi in 8-10 iniezioni; già dopo la seconda iniezione in genere si è sempre verificata una notevole attenuazione dei disturbi ben rilevabile sopratutto dal fatto che mentre nella maggior parte degli ammalati all'ingresso in Clinica si dovette ricorrere a mezzi di contenzione per l'ampiezza e la frequenza dei movimenti che mettevano in serio pericolo la loro sicurezza personale ed in tre casi si dovette procedere a fasciature protettive del dorso e degli arti che per i continui traumi da sfregamento erano sede di notevoli fatti di irritazione, già dopo tali dosi iniziali si rese superflua l'adozione di tali provvedimenti.

Oltre la scomparsa del sintoma dominante gli arsenobenzoli determinarono un notevole, in molti ammalati notevolissimo, miglioramento delle condizioni generali di nutrizione che in tutti i casi avevano risentito in misura molto manifesta della difficoltà della alimentazione.

Gli ammalati poterono essere ritenuti guariti entro un termine di 30-50 giorni. Essi non vennero però subito dimessi ma trattenuti in Clinica allo scopo di poter rilevare l'eventuale ricomparsa dei disturbi; ciò non avvenne mai nei 10 ammalati che ebbero il trattamento arsenobenzolico, accadde invece in tre degli ammalati ai quali venne somministrato il cacodilato di sodio per cutem ed il liquore del Fowler per os. In uno di questi ammalati si dovette ricorrere all'arsenobenzolo per veder scomparire i movimenti involontari che erano ricomparsi dopo una necessaria sosta nella somministrazione del liquore del Fowler che nella fase ascendente di un secondo ciclo in questo come in altri due ammalati aveva prodotto cefalea intensa. In quest'ultima categoria di soggetti si ebbero ugualmente guarigioni definitive ma entro uno spazio di tempo di molto superiore ai due mesi; in tutti la lunga durata della malattia aveva determinato notevole compromissione dello stato generale e particolarmente della emopoiesi.

La casistica è scarsa ed i risultati non così brillanti come quelli ottenuti da Paulian con la somministrazione a giorni alterni di neosalvarsan per via endovenosa; sono stato però indotto a farne oggetto di una breve nota dal desiderio di far conoscere l'efficacia e sopratutto la innocuità di un metodo di cura che di solito non è preso in considerazione dal medico pratico.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Clinica Otorinolaringoiatrica della R. Un. di Roma
Direttore: Prof. Gherardo Ferreri.

Il sarcoma dell'orecchio medio.

Dott. Mario Silvagni, assistente.

La localizzazione nell'orecchio medio dei tumori maligni in genere è di per sè molto rara: rarissimi poi sono i sarcomi.

Alcuni dati statistici possono dare un'idea di questa frequenza. Così Bezold (1895) su 20.000 otopatici, osservati nello spazio di 24 anni, ha trovato 4 tumori maligni dell'orecchio medio (tre sarcomi e un epitelioma; Junod (1922) su 45.000 ammalati di orecchio, visitati nella Clinica di Basilea durante 25 anni, riporta 6 casi di neoplasmi (3 epiteliomi, 2 sarcomi, 1 endotelioma); Sekoulitch in uno studio statistico sui tumori maligni in otorinolaringologia, su 53.000 sofferenti d'orecchio passati nella Clinica di Bordeaux in 40 anni, ha trovato 20 casi di epitelioma dell'orecchio in genere, ma uno solo della cassa timpanica.

Maestranzi infine riferisce che, su 9465 malati di orecchio studiati nella Clinica di Milano, si contano solamente 3 tumori maligni dell'orecchio medio, di cui 2 sarcomi.

Tali dati servono di per sè a dimostrare la rarità del reperto; rarità sulla quale tutti gli autori sono concordi e che è molto più spiccata per quanto riguarda i sarcomi. Così Ash non potè raccoglierne nella bibliografia esistente fino al 1906 che 10 casi e Bilancioni nel 1919 valuta a un centinaio i casi di sarcoma auricolare in senso lato, noti fino a tale epoca. Da allora pochi altri ne sono stati osservati e pubblicati (Friedenwald e Kemer, Junod, Maestranzi, Leto).

La localizzazione del sarcoma nell'orecchio medio è invece più frequente a riscontrarsi che non quella nel padiglione e nella rocca. Quest'osservazione, aggiunta all'altra che il neoplasma si riscontra preferibilmente nei bambini, ha fatto pensare a Kühn che esso derivi da reliquati embrionarii esistenti nella cassa del timpano. Tali reliquati sarebbero per alcuni rappresentati dall'incompleta evoluzione del « tappo mucoso » di v. Tröltsch, o conglomerato di tessuto mixomatode che riempie la cassa del timpano. Un'incompleta scomparsa di tale tessuto, che normalmente è sostituito da gittate epiteliali contornate da vasi sanguigni, sarebbe quindi il punto di partenza del neoplasma. Ma anche il periostio del processo mastoideo può esserne il luogo di origine: così nel caso di Gradenigo, in cui il tumore era nettamente localizzato all'apofisi mastoide e l'orecchio medio era del tutto integro.

Per quanto riguarda i rapporti del tumore con un precedente processo suppurativo auricolare, in un gran numero dei casi descritti il neoplasma ha seguìto una flogosi cronica dell'orecchio medio. Così, fra gli altri, nel caso di Calamida la suppurazione datava da qualche anno e in quello di Bilancioni da un anno e mezzo: nell'uno e nell'altro erano stati osservati polipi della cassa che furono asportati e che nel primo si riprodussero sotto forma di sarcoma alveolare, come dimostrò l'esame istologico.

Nell'etiologia del sarcoma dell'orecchio medio l'età non ha un'importanza assoluta, perchè, pur essendo molto frequente nell'infanzia e nella prima adolescenza, non ne mancano casi nell'età adulta e nella vecchiaia; così quelli di Milligan (una donna di 18 anni e una di 28 anni), di Lunghini (donna di 58 anni), di Glogan (uomo di 45 anni), di Botella (48 anni).

Sono stati descritti sarcomi a cellule fusate e rotonde, grandi e piccole; forme semplici e forme miste (mixo-sarcomi, fibro-angio-osteo-sarcomi) e sarcomi melanotici.

L'inizio dell'affezione, specie quando manca una precedente suppurazione auricolare, può essere segnato da paralisi del facciale (casi di Leto e Bertoin), o da un'otorragia (Lunghini): ma in genere è l'esame otoscopico che rivela l'esistenza di masse granulanti sospette. Infine, se il neoplasma si sviluppa primitivamente nell'apofisi mastoide, è su questa regione che si notano i primi sintomi, consistenti in una tumefazione dolorosa alla palpazione. È caratteristica della localizzazione di questo tumore nell'orecchio medio la rapida invasione, talchè in breve tempo esso può aggredire tutto il temporale e spingersi per continuità anche a distanza. In *avanti* può guadagnare la tromba di Eustachio e arrivare nel cavo naso-faringeo: può spingersi *medialmente* invadendo il labirinto (caso di Politzer) e *lateralmente* verso il condotto uditivo esterno, l'articolazione temporo-mandibolare, la parotide, la fossa zigomatica e temporale.

Quando invece le sue propagini progrediscono *in alto* o *in dietro*, penetrano nella fossa cranica media (Bilancioni) o posteriore, dando fenomeni di compressione e di localizzazione cerebrale ovvero lesioni dei quattro ultimi nervi cranici. È appunto per questo che la sintomatologia è multiforme e varia in rapporto con il volume e l'estensione del tumore.

Fra le osservazioni raccolte una delle più interessanti per la fenomenologia è quella di Calamida: si trattava di una bambina antica otorroi-

ca e portatrice di un sarcoma alveolare della cassa, manifestatosi con intenso dolore a tipo nevralgico alla metà destra del capo, con centro d'irradiazione dall'orecchio malato.

All'atto operatorio — vuotamento petro-mastoideo — tutta la regione si trovò invasa dal tumore; dopo 10 giorni si presentarono trisma, disturbi della deglutizione per presenza di una tumefazione latero-faringea e paralisi del facciale; dopo 20 giorni il tumore occupava già tutto il cavo naso-faringeo e si spingeva in basso fino a livello dell'epiglottide. Si stabilì inoltre rapidamente paralisi unilaterale del IX, X, XI, XII nervo cranico. Avvenuto l'*obitus* in 38 giorni, la autopsia mise in evidenza nella fossa cranica media una propagine del tumore penetrato nell'endocranio attraverso il foro lacero anteriore: la massa neoplastica occupava il rino-faringe, la faccia anteriore delle prime vertebre cervicali e all'esterno tutta la regione posta al di dietro della mandibola, inglobando vasi e nervi.

È molto difficile poter diagnosticare la lesione negli stadi iniziali senza il sussidio della ricerca microscopica: ma, una volta stabilita la diagnosi, purtroppo segue subito il pensiero che ogni terapia, compresa quella fisica, è vana.

Riferisco il caso che io ho potuto osservare e studiare.

S. A., di anni 5. Gentilizio ed anamnesi remota negativi. Sei mesi fa comparve secrezione purulenta dal condotto uditivo destro, che si mantenne poco abbondante, ma resistente alle solite cure mediche. Due mesi or sono la regione mastoidea omolaterale si tumefece, comparvero dolori spontanei molto vivi: uno specialista intervenne con un'antrotomia. La breccia operatoria non aveva tendenza a colmarsi, tanto che fu praticato un raschiamento e una cura dei raggi ultravioletti; residuò una fistola, da cui fuoriesce abbondante secrezione.

Attualmente la bambina si lamenta di dolori non molto vivi e di diminuzione dell'udito.

Status. L'esame otoscopico riesce insufficiente per una diagnosi, data la caduta della parete posteriore del condotto, che occlude in parte la visione: in fondo al condotto uditivo notasi però la presenza di granulazioni torpide, facilmente sanguinanti, a superficie molto irregolare. La regione mastoidea presenta posteriormente al solco retroauricolare una cicatrice nel cui terzo medio si apre un tramite fistoloso, a margini fungosi, poco sanguinanti, ricoperti di essudato lurido. La fistola è situata al disopra di una zona di tessuto profondamente infiltrato, duro, che fa corpo con l'osso sottostante; con la specillazione del tramite non s'incontra che una resistenza assai debole; ci si dirige profondamente sia in avanti che in dietro; si ha l'impressione di penetrare in un tessuto fungoso, piuttosto molle, e non si riesce a percepire in nessuna direzione osso sano. Dal seno fistoloso fuoriesce abbondante quantità di pus denso, ricco di materiale in sfacelo, di odore fetido.

Intervento operativo (Prof. Giorgio Ferreri). Incisione lungo la cicatrice precedente; lo scollamento dei margini riesce oltremodo difficile per la forte infiltrazione del periostio e la sua fusione con l'osso. Questo si lascia facilmente asportare con il cucchiaio in tutte le direzioni, sì che si riesce a praticare una classica operazione « radicale ». Si ha l'impressione che tutto il temporale sia completamente sostituito da un nuovo tessuto, che per i caratteri suoi peculiari (masse granulanti e infiltranti, carnose, fortemente sanguinanti, di consistenza duro-elastica) fa pensare possa trattarsi di un tessuto neoplastico, con tutta probabilità sarcomatoso. I confini superiori del temporale, in corrispondenza del *tegmen antri* e del *tegmen tympani* sono anch'essi completamente corrosi e si può seguire una larga zona di dura cerebrale, del tutto scollata, poco tesa e fortemente infiltrata.

Il processo neoplastico si era pertanto di già esteso alla pachimeninge, dilagando in ogni direzione.

Esame istologico. Le sezioni, colorate con ematossilina-eosina, comprendono tessuto neoplastico in piena massa. Risalta subito la atipicità degli elementi tumorali che si dispongono in fasci formanti talora dei vortici e delimitanti qua e là stretti spazii e lacune. Prevalentemente però le cellule neoplastiche tendono a formare un tessuto più compatto, con assai scarsa sostanza intercellulare; per il loro tumultuoso accrescimento si addossano le une alle altre disordinatamente, disponendosi più fitte attorno ai vasi. Esse hanno aspetto polimorfo se viste a medio e forte ingrandimento (mentre a piccolo per la loro forma fusata potrebbero somigliare a fibroblasti) e si presentano ora triangolari o tozze, ora, più spesso, allungate, disposte in fasci che s'intrecciano in tutti i sensi. Hanno nucleo a forte risalto per presenza di abbondante cromatina e lasciano sorprendere numerose figure cariocinetiche atipiche.

Il decorso post-operatorio fu favorevole durante i primi tre giorni: al quarto si stabilirono fenomeni meningei, per cui la piccola malata rapidamente andò incontro all'esito letale.

Trattasi nel presente caso di una bambina di 5 anni, che si presentò al nostro esame quando già aveva subito un'antrotomia, di cui residuava una fistola. La specillazione cauta, ma accurata del tragitto fistoloso e l'esame otoscopico imposero senza troppe difficoltà la diagnosi clinica di neoplasma maligno e con ogni probabilità la natura sarcomatosa: natura confermata dall'esame istologico.

Non è pur facile poter stabilire con esattezza la sede iniziale del neoplasma, donde poi avvenne l'ulteriore diffusione. Il fatto che la lesione mastoidea sia insorta senza una preventiva otorrea è un argomento molto suggestivo per poter supporre che il punto di partenza risiedesse nella mastoide. Nè d'altra parte l'esistenza di dolori vivi, contemporanei alla tumefazione della mastoide, ci autorizza a pensare a un processo flogistico acuto a carico dell'orecchio medio, in quanto i dolori vivi sono un appannaggio di queste neoproduzioni a localizzazione auricolare.

D'altra parte è lecito supporre che all'epoca del primo intervento chirurgico (antrotomia), eseguito da uno specialista, non esistessero alterazioni tali da far pensare a una lesione neoplastica.

Vero è che questo dato non ha valore assoluto in quanto solo l'osservazione microscopica può dare un responso esatto su tale argomento. E allora, ammettendo che in un primo tempo non esistessero produzioni sarcomatose, si è indotti a dedurre che il neoplasma si fosse impiantato su una breccia operatoria, esito di un intervento per una flogosi acuta comune delle cellule mastoidee: si potrebbe quindi trattare di un caso analogo a quello osservato da Glogau, di un uomo di 45 anni, già operato di mastoidotomia, il cui cavo operatorio durante le cure successive si andò colmando di granulazioni abbondanti a cavolfiore, facilmente sanguinanti.

L'esame istologico del tumore, che dimostrò trattarsi di un sarcoma fuso-cellulare, ci fa escludere la sua origine dalla sostanza ossea della apofisi mastoide, come potrebbe supporsi se si ammettesse la natura neoplastica della lesione iniziale mastoidea.

Per quanto riguarda la progressione del tumore, nel nostro caso esso si propagò attraverso il *tegmen antri* e il *tegmen tympani* alla duramadre, infiltrandola e coinvolgendola nella metamorfosi neoplastica; da essa il processo poi si diffuse determinando una flogosi meningea, per cui la piccola paziente venne rapidamente a morte prima di aver potuto iniziare qualsiasi terapia fisica, coadiuvante l'exeresi chirurgica, che necessariamente non fu completa. Ma tale trattamento, per la costituzione stessa e per l'architettura anatomica della regione, non avrebbe potuto, come è dimostrato oramai da numerose osservazioni, non solo impedire, ma forse neppure procrastinare l'esito fatale.

BIBLIOGRAFIA (1).

Bertoin. *Sarcomes du rocher*. Thèse de Lyon, 1922.

Bilancioni G. *Voluminoso sarcoma insorto dall'orecchio medio*. Atti della R. Clinica Otorinolaringoiatrica di Roma, vol. XVII, pag. 199, 1919.

Calamida. *Sarcoma primitivo dell'orecchio medio*. Atti XIII Congr. Soc. Ital. Laringologia, 1910, pag. 292.

Friedemwald e Rember. *Sarcome de la mastoïde*. Annales des mal. de l'or., 1922, pag. 206.

Halphen. *Sarcome de l'oreille moyenne*. Soc. d'O. R. L. des Hôp. de Paris, in Archiv. intern., 1926, pag. 849.

Junod. *Ueber die primären bösartigen Geschwülste des Mittelohres*. Schweizer Med. Woch., 1922, n. 21.

Leto. *Sarcoma primitivo dell'orecchio medio*. Tumori, a. IX, fasc. I, pag. 60, 1922.

Marx. *Die Geschwülste des Ohres*. In Henke e Lubarsch. Handbuch der Speziellen Pathologischen Anat. u. Histologie, Bd. XII, Gehöhrorgan.

Porte. *Osteosarcome du rocher*. Bull. de la Soc. des Sciences Méd. de Lyon, juin 1920.

Retrouvey. *Les tumeurs malignes de l'oreille*. Revue de Laryng., vol. 49, n. 5, pag. 147, 1928.

Sekoulitch. *Étude statistique sur les tumeurs malignes en otorhinolaryngologie*. Revue de Laryng., vol. 46, n. 6, 1925.

Urbantschistsch. *Angiosarcoma dell'orecchio medio*. Soc. Austriaca d'Otologia, sed. 18 marzo 1912.

(1) Per i lavori sull'argomento pubblicati anteriormente al 1919, rimando al lavoro citato del Bilancioni, che contiene in calce una ricca e completa bibliografia.

Istituto di Anatomia Patologica dell'Ospedale Civile di Venezia

Direttore: Prof. Franco.

Su un caso di cavernoma del pavimento del quarto ventricolo

per il dott. Felice Camillo da Villa

Certe affermazioni sono alquanto ardite: su un caso di cavernoma del pavimento del IV ventricolo, il Nalin recentemente deduce che dopo quello dell'Enders il suo è il secondo nella letteratura. Sono perciò invogliato a pubblicare anche il mio convinto che non tutto quello che si osserva viene portato a conoscenza degli altri e che le ricerche bibliografiche di rado possono essere complete.

Più che il lato clinico è quello anatomopatologico che interessa e propriamente la genesi istologica di tali formazioni.

Nel mio caso si tratta di un uomo di 67 anni. C. Alessandro, da Venezia, ricoverato all'Ospedale civile il 2 giugno 1927 e che fu trovato affetto da una raccolta di liquido pleurica destra, emorragico, e da un solo fenomeno nervoso: una convulsione clonica tonica all'arto superiore destro. Date le gravi condizioni il 6 dello stesso mese muore.

Autopsia eseguita il giorno 7: dura integra, pie indenni svolgentisi con tutta facilità senza trarre seco loro alcun frammento della corteccia encefalica. Arterie cerebrali senza lesioni macroscopiche. Nulla di notevole alla sostanza nervosa ad eccezione di un lieve e diffuso stato congestizio nel cervello e nel cervelletto. Zone motorie integre.

Nella fossa romboidale, nel triangolo superiore a sinistra del calamus, sotto il peduncolo cerebellare destro esiste una masserella sessile, della sporgenza di un pisello di color ocraceo con qualche rilevatezza nerastra che si spinge fino alle strie acustiche ed occupa il *locus coeruleues* e la *eminentia teres*. Medialmente, la masserella si spinge fino alla linea mediana, spingendosi lievemente al di là di essa e deformando quindi il *calamus*. Praticato un taglio a tutto spessore nel-

la massa si riconosce che le rilevatezze nerastre sono date da cisti ematiche: la masserella è dura, non calcificata, giallastra, a contorni mal definiti.

Nulla all'addome. Tolto il piastrone sternale si nota nella cavità pleurica destra una abbondantissima raccolta (circa 200 cmc.) di liquido ematico con molta fibrina in parte organizzata. Il polmone è collassato, aderente al mediastino unito alla parete laterale con briglie di fibrina. La superficie del lobo superiore del polmone presenta una zona quadrangolare della larghezza di circa 10 cm. di color rosso cupo, lucida, dura, rammollita al centro che si stacca nettamente dal restante parenchima essendo su questa rilevata a contorni netti. Asportato il polmone si nota che tale zona è formata di tessuto d'aspetto spugnoso, rossastro, che si approfonda a cuneo sino all'ileo polmonare. Il centro di detta zona è rammollito e presenta una escavazione. Il resto del polmone è ipoatelettasico, senza lesioni. Cavità polmonare sinistra vuota. Cuore enormemente ingrandito a carico di tutti i diametri, ma specie del trasverso: globoso, punta costituita dal ventricolo sinistro che ha pareti spesse, che è slargato.

Miocardio roseo: gli apparati valvolari a tenuta, endocardio terso. L'aorta è molto ampia con intima gravemente lesa, tutta disseminata di chiazze gialle rivelate, irregolari, molto calcificate, alcune depresse, rosso brunastre, con punteggiature più scure. Così pure la porzione iniziale dell'aorta discendente presenta nell'intima lesioni simili: il resto dell'aorta è integro. Una sola placca calcificata sulla porzione addominale a livello della biforcazione iliaca.

Milza libera proporzionata globosa: l'arteria renale rigida. Stroma ben evidente, polpa molliccia non fluente.

Fegato proporzionato, un po' untuoso, cistifellea normale. Rene di sinistra di consistenza aumentata, ben decapsulabile, rosso intenso: corticale ridotta, ben distinta dalle piramidi perchè l'orlo di queste è bluastro: rene destro normale. Bacinetti intrarenali ampi.

Dopo fissazione in formalina si prelevano alcuni pezzetti della masserella sospetta con tagli sagittali e trasversali e si includono in paraffina: successiva loro colorazione con ematossilina eosina e con il Weigert elettivo per le fibre elastiche.

All'esame microscopico si osserva: tessuto lacunare vascolare: passando dai campi periferici ai centrali tali lacune sono quanto mai numerose a forma circolare e poliedrica, intramezzate da tessuto connettivo ed elastico. Esso forma delle vere travate, di vario spessore, alcune delle quali sono spesse, altre sottilissime, altre ancora spezzate e retratte e ravvolte su sè stesse. Il complesso tumorale è a sè, cioè non si vede una sua chiara continuazione con i vasi del tessuto nervoso. In alcuni punti il tessuto in esame presenta tuniche indenni, in altri vi è una vera scompagine, una specie di sfioccamento verso l'interno delle cavità. Si notano dei piccoli nuclei diversamente colorati dal tessuto fondamentale che delimitano internamente le cavità a mo' di endotelio: essi talora sono visibili, talora no. I suddetti sono mascherati anche da ammassi di globuli rossi, di sangue ristagnato il quale occupa o completamente le cavità o una sola parte, aderente alla periferia delle lacune o no.

Qualche elemento leucocitario si nota sparso qua e là.

Si fa diagnosi istologica di cavernoma.

Che si trattasse di una cisti ematica in via di assorbimento ciò non era improbabile sebbene le emorragie in questa zona del cervello sono quanto mai rare: generalmente in ordine di frequenza avvengono nei gangli della base, nella capsula interna ed esterna, nella corteccia, nel ponte, nel cervelletto, e assai di rado nel corpo calloso e nel peduncolo cerebrale (Aschoff). Nè lesioni arteriosclerotiche cerebrali, nè particolari infezioni rintracciammo a spiegazione di un precedente aneurisma. Se si fosse trattato di un glioma che per sua natura è facile alle emorragie con conseguente spappolamento e distruzione altrove la sua presenza non ci sarebbe sfuggita. Ma la presenza di un endotelio vasale e la indennità del tessuto nervoso circostante corraborano la nostra diagnosi.

Nel nostro caso noi riteniamo che il cavernoma fosse congenito, contrariamente al Barbacci perchè ci sembra che solo in questa maniera il tessuto nervoso non abbia dato risentimento di sè, adattandosi sin dalla nascita alle forzate condizioni di sviluppo, ciò che probabilmente non sarebbe avvenuto se il tumore si fosse sviluppato in seguito.

Sull'istopatologia di questo argomento vi è tuttora il dualismo fra coloro che giudicano il cavernoma come una proliferazione vasale con susseguente degenerazione e quelli che lo fanno derivare da un vero e proprio tumore.

Gli spazi che pur noi trovammo l'Albrecht li imputa a difetti di formazione, condividendo così il pensiero del Barbacci, mentre il Roggenbau ammette anche quella di una iperplasia tumorale vera e propria. Noi riteniamo quest'ultima più prossima al vero basandoci sulla omogeneità del tessuto. Sulla qualità del contenuto sanguigno, se esso fosse arterioso o venoso potremmo dedurlo dallo studio delle tuniche: nel caso in esame queste erano più spesse e con fibre muscolari lisce abbondanti, caratteri alquanto differenti da quelle delle vene: l'endotelio assomigliava molto a quello delle cavità spugnose dei corpi cavernosi.

Sulla origine delle travate connettivali ed elastiche noi condivideremmo l'idea del Sutter che vi vede un esagerato processo di moltiplicazione delle fibre delle pareti (media e avventizia) distendendo così l'endotelio (contrariamente alla ipotesi di Muscatello e Puporac) onde ci spiegheremmo il fatto della difficoltà di delimitarlo dal tessuto di sostegno circostante tanto da presentarcelo scontinuo e in certi punti quasi mancante del tutto (Durck). Che se così non fosse se partecipasse alla iperplasia anche lo strato endoteliale, esso sovrabbonderebbe.

Sulla sede del cavernoma quella del pavimento del IV ventricolo non è certo la più frequente:

per solito si sviluppa sulla cute (Franco), sul fegato, nelle ossa, nella milza, nei reni, nell'intestino, nella vescica, nell'utero, nei muscoli (Cevario), nel cervello.

Per quanto riguarda poi la specie di tumori riscontrati nel IV ventricolo passando in rassegna gli AA. vediamo che si tratta di sarcoma angiolitico (Cautela), gliomi (Gordinier e Carey, Baboneix e Kauffmann, Homoll, Kjilberg, Ross, Stern), encefaloide (Besta), cisticerchi (Damaschino, Bracke, Czjnlarz, Hensen), sarcomi midollari (Galezwski), sarcomi fuso e globocellulare (Dercum), gliosarcomi (Enoch), tubercoli (Finlajson, Albrecht), gliomi ependimari (Brunning, Hildebrand, Henneberg), papillomi (Kelli) laddove il cavernoma appare nei lavori di Enders e Nalin.

Chi volesse approfondirsi sulla sintomatologia presentata in vita dai malati affetti da tumore del IV ventricolo può consultare oltre i trattati ad hoc i lavori del Besta e del Baboneix e Kauffmann, perchè sarebbe inutile ripeterci.

È questione solita di anatomia e fisiopatologia in rapporto alla sede e alla grandezza del tumore. Avremo sintomi locali e sintomi generali: stare in guardia da quelli speciali e da notare la incostanza dei fenomeni di ordine locale.

Nel nostro caso il Paz. non aveva che la con trazione clonica tonica dell'arto superiore destro per probabile aumento della pressione endocranica.

Si conclude: fra i tumori del cervello e propriamente del IV ventr. il cavernoma si presenta assai di rado.

Etiologicamente lo consideriamo nel caso nostro congenito e istologicamente quale vero e proprio tumore.

Riguardo alla sua sintomatologia essa può essere incostante, senza segni netti di localizzazione, silenziosa.

BIBLIOGRAFIA.

BESTA. La Riforma Medica, 1906.
ENDERS. Munch. Med. Woch. 31, 908.
NALIN. Riv. Sperim. di Freniatria, 15 agosto 1927.
BABONEIX e KAUFFMANN. L'Encephal 1909.
PUPORAC. Archiv. fur Klin. Chir. 54, 1897.
ALBRECHT. Fr. Zeitsch. f. Path. 1909.
BARBACCI. I Tumori, Vallardi. Milano.
ROGGENBAU. Z's. Beit. 49, 1910.
SUTTER. Deutsche Zeit. f. Chir. Bd. 76, h. 4 ,1905.
RIETHUS. Beit. Z. Klin. Ch. 42, 2, 1904.
CEVARIO. Il Policlinico. Sez. Prat. fasc. 51, 1922.
COUTELA. Arch. d'Ophtalmol. 1909.
GORDINIER e CAREY. The Journal of nervous and mental Disease, n. 3, 1906.
FRANCO. Archives de Médec. Experim, n. 1906.
ASCHOFF. Manuale di Anatomia Patologica.
LUSTIG GALEOTTI. Patologia generale.
DURCK. Istologia patologica generale.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Lo stato attuale delle conoscenze sull'etiologia dell'influenza.

(M. NEISSER. *Deut. med. Wochensch.*, 1° marzo 1929).

1) L'esperienza epidemiologica insegna che l'influenza può trasmettersi per contagio da uomo ad uomo (incubazione 1-3 giorni, per lo più 2) sebbene in molti casi non sia contagiosa.

2) Numerose ricerche sono state fatte per trasmettere sperimentalmente l'influenza da uomo ad uomo, ma esse hanno sempre avuto esito negativo.

3) Tutti i tentativi di spiegare le epidemie di influenza per mezzo di eventi cosmici, tellurici, climatici o meteorologici od anche con precedenti malattie di animali devono considerarsi ormai come falliti. È però certo che le condizioni meteoriche non sono indifferenti per il decorso dell'influenza, anzi possono essere determinanti. Invece, non sono da prendersi in considerazione per la diffusione della malattia l'acqua, il latte od altre sostanze alimentari.

4) A quanto sembra, malattia e contagiosità non coincidono affatto; la contagiosità può aversi in qualsiasi stadio della malattia, ivi compreso quello di incubazione, ma non è obbligatoriamente presente in ogni stadio.

5) Non si conosce nessun batterio coltivabile per cui vi siano delle prove sicure che esso sia capace di provocare delle epidemie di influenza.

6) La maggior parte degli autori propende per l'origine diblastica della malattia (v. Naegeli, H. Buchner), sia in forma di virus complesso (Sahli) o di simbiosi sinergetica (v. Prowazek, Prell), oppure nel senso che il batterio che la provoca sia il pioniere (Dietrich) od il veicolo (Schmieden) per i noti semiparassiti banali, oppure, viceversa, che questi ultimi aprano la via all'agente specifico; altri ritiene che si tratti di una simbiosi di batteri aerobi ed anaerobi, o di microbi visibili ed invisibili (afanozoi, Krugel, o enigmoplasmi, Binder e Prell).

7) Poichè l'influenza, secondo l'espressione di Strümpell, trasforma le mucose in una vera arena di combattimento per la plebaglia batterica, si può arrivare (indipendentemente da quanto si può pensare circa la specificità dell'agente) alla prevalenza unilaterale di un commensale (van Loghem) ben nutrito, sicchè, da tali casi può originare un focolaio monoblastico, di cui l'agente non è affatto identico all'originale agente dell'influenza. E, come la simbiosi viene resa responsabile per l'origine della malattia, così ad essa, occasionalmente, può attribuirsi la scomparsa della contagiosità.

8) Da parte del macroorganismo, sono particolarmente importanti le speciali condi-

zioni di immunità, che sono forse anche congenite. Sembra che l'età più sensibile sia quella dell'infanzia un po' avanzata; l'età della piena forza (20-40 anni) fornisce, relativamente, il maggior numero di morti.

9) La nuova flora anaerobica del tratto respiratorio, recentemente scoperta, deve ancora essere studiata a fondo. Di speciale interesse, è il Bacillo pneumosintes, scoperto da Glitzky e Gates; esso è tanto piccolo che può passare attraverso le consuete candele da filtrazione e forma, così, un vero punto di passaggio fra i virus invisibili e filtrabili e le specie visibili, che sono quasi tutte non filtrabili.

10) Le ricerche fatte finora sui reperti nell'uomo, sulle prove negli animali, sullo studio dell'agglutinazione non autorizzano ancora a riconoscere nel B. pneumosintes il tanto ricercato agente dell'influenza; può darsi che contribuisca alle difficoltà dello studio la grande complicazione delle colture di questo germe. Le ricerche sull'agglutinazione fatte finora sono interessanti ma ancora scarse di numero.

11) Il Bacillo di Pfeiffer ha certamente nell'influenza una parte importante e non va considerato soltanto come complicatore. I tentativi di infezione con le colture pure però, hanno provocato soltanto raramente una malattia e soltanto in qualche individuo un quadro simile all'influenza.

12) Le nostre conoscenze sulla sua frequenza (68-80 % dei casi di influenza), le sue condizioni di coltura (Lewinthal) e la possibilità di differenziarlo da altre specie simili (p. es., dal bac. di Bordet-Gengou, dal bac. emolitico X, di Pritcheff e Stillmann, ecc.) hanno fatto oggetto di molti studi notevoli. Di particolare importanza sono le nostre conoscenze sulle due sostanze X e Y necessarie per la coltura (Thiöffa e Avery), sulla formazione di indolo (Rhein, Jordan), sulla presenza di molte razze (e quindi la possibilità di differenziazioni), sull'accrescimento in anaerobiosi (H. Kopp), sulle tossine di una serie di stipiti (Delius e Kolle, J. Parker), sulle colonie gigantesche (Grassberger), sull'accrescimento *a balia* (M. Neisser, satellitismo degli autori francesi ed americani).

13) La separazione sierologica in tipi diversi non porta, a quanto sembra, nessun progresso nelle nostre conoscenze su questo bacillo.

14) Assumerebbe uno speciale significato il fatto che i bacilli simili a quelli dell'influenza, che si trovano tanto spesso nella pertosse e nel morbillo, possono essere nettamente differenziati da quello tipico dell'influenza e sono quindi da esso del tutto diversi. In tal modo si spiegherebbe che le curve di mortalità per la pertosse, osservate in molte località per decenni, non sono visibilmente influenzate dalla ricomparsa di epidemie di influenza.

15) Degne di speciale menzione sono la tendenza del bacillo dell'influenza a dare improvvisamente nelle culture dei tipi diversi, l'ampiezza di variazione nelle sue proprietà, la presenza contemporanea di stipiti tossici ed atossici (Gosio), la mutabilità del suo potere antigeno, la sua particolare preferenza per le simbiosi.

16) La parte importante del bacillo dell'influenza nel causare le epidemie è anche dimostrata dai risultati delle ricerche sierologiche, specialmente dell'agglutinazione nei malati di influenza (Bieling e Weichbrod), che è sempre positiva con gli stipiti omologhi e lo è non raramente anche con gli eterologhi.

17) Nè si devono trascurare i numerosi tentativi di vaccinazione (Sahli) con un vaccino preparato mediante adatti stipiti di bacilli influenzali. Si ha, anche per l'influenza come per la tifoide, la possibilità di rendere manifesta, mediante la vaccinazione, la malattia latente. È ancor dubbio però se questi vaccini, come pure quelli misti, possano essere raccomandabili; ad ogni modo non si può dire che si ottenga con essi una protezione assoluta.

18) Non è stata riconosciuta l'ubiquità del bacillo dell'influenza.

19) In tempi non di epidemia, il bacillo dell'influenza persiste nelle bronchiectasie (che esso ha tendenza a formare), nelle caverne tubercolari, forse anche in altri organi (R. Kopp), ma probabilmente quasi sempre in forma atossica od avirulenta. Di qui esso potrebbe forse dar luogo ad ulteriori infezioni e costituire il primo passo da cui si può sviluppare una epidemia mondiale.

20) L'ondata pandemica si muove con le comunicazioni fra gli uomini e con la velocità dei trasporti, non altrimenti, nè più rapidamente. Essa si sviluppa in forma di epidemia con l'aumento lento ed inosservato di singoli focolai; la rapida moltiplicazione di questi dà poi il fenomeno saliente della ondata. Il fenomeno può bene paragonarsi a quello che si osserva per certi insetti dannosi (locuste) che sono sempre presenti, ma che solo raramente determinano le così dette « piaghe ».

In Germania, secondo le statistiche, sono morti annualmente, dal 1919, non meno di 13.000 persone ed, in media, 25.000. Anche nel 1913 vennero denunciati 5000 morti da influenza. *fil.*

SUNTI E RASSEGNE.

IMMUNOLOGIA.

L'allergia.

(BARBER e ORIEL. *Lancet*, 17 novembre 1928).

Sotto il nome di allergia è compreso il complesso dei fenomeni morbosi provocati dalla penetrazione nell'organismo di sostanze estranee per le quali l'organismo era stato preventivamente reso sensibile.

Oggi si ha tendenza a ritenere allergici anche i fenomeni d'idiosincrasia (allergia congenita) e di anafilassi (allergia da siero).

I fatti morbosi che sono sicuramente o probabilmente di natura allergica sono i seguenti:

Cutanei: orticaria, eczema infantile, alcune forme di eczema degli adulti, alcune forme di prurito, prurigo di Besnier, prurigo di Hebra, prurigo semplice, prurigo nodoso, orticaria papulosa (lichen urticatus), dermatite erpetiforme.

Sottocutanei: edema angioneurotico.

Respiratorî: rinite parossistica di cui la febbre da fieno è la forma più comune, asma.

Gastro-intestinali: alcune forme di vomito e di diarrea, vomiti ciclici.

Nervosi: emicrania, epilessia (probabilmente).

Articolari: idrartrosi parossistica.

Freemann aggiunge a questa lista l'albuminuria funzionale, il dermografismo, la colite parossistica e l'ittiosi.

Gli AA. studiano, dal punto di vista allergico, le varie forme di prurigo.

Il prurigo si può distinguere in cinque varietà:

1) *Prurigo semplice acuto*: pomfi orticariformi con papule centrali. Sinonimi: Urticaria papulosa, lichen urticatus, lichen simplex acutus, strophulus pruriginosus, prurigo infantilis;

2) *Prurigo simplex*: lichenizzazione. Sinonimi: Neurodermite: *a*) forma circoscritta (lichen simplex crónicus), *b*) forma diffusa;

3) *Prurigo di Besnier*: lichenizzazione. Sinonimo: Prurigo-asma;

4) *Prurigo di Hebra*: papule con qualche lichenizzazione;

5) *Prurigo nodularis*: noduli.

Il prurigo di Besnier, che è il più interessante per le sue evidenti manifestazioni allergiche, è caratterizzato: *a*) dalla violenza e dalla natura accessionale del prurito, con parossismi ordinariamente notturni e con variazioni d'intensità spesso in rapporto alle stagioni; *b*) dalla localizzazione nella parte flessoria delle articolazioni, dove la pelle diventa lichenificata, con secrezione e screpolature durante l'acme del parossismo di prurito; *c*) dalla coesistenza di accessi d'asma, febbre da fieno e disturbi gastro-intestinali; *d*) dalla cronicità della condizione e dalla sua resistenza al trattamento.

A questi caratteri indicati dal Besnier, che identificò la malattia, Rosh aggiunse altri dati che meglio definiscono patogeneticamente e clinicamente l'affezione. Trovò che questo prurigo è spesso familiare (in individui della stessa famiglia si riscontrano la stessa malattia o altre manifestazioni allergiche: eczema infantile, asma, febbre da fieno, orticaria, emicrania, ecc.), s'inizia spesso nell'infanzia ed in ragazzi nervosi e anemici, migliora con la dieta latto-vegetariana.

Haxthausen in individui affetti da prurigo di Besnier saggiò con qualche successo la dermoreazione con varie proteine (sostanze alimentari, peli animali, polline, ecc.).

Barber e Oriel insistono sul fatto che l'affezione è accompagnata da pigmentazione ed erezione dei follicoli pilo-sebacei su certe parti della pelle, il che dimostra la compartecipazione degli apparati simpatico ed endocrino, prova a sua volta questa dello stato allergico.

È a notare che sulle manifestazioni allergiche possono avere influenza gli stati emotivi quali la noia e la tristezza nonchè gli stati di esaurimento nervoso e le suggestioni ambientali. È ben nota la suscettibilità degli asmatici ai cambiamenti di clima o semplicemente di domicilio, e lo stesso può avvenire per altre manifestazioni, come ha notato Hallam per l'orticaria papulosa e Barber per il prurigo di Besnier e per il prurigo semplice.

Questa capacità degli stati emotivi a scatenare una crisi allergica dimostra ancor più quanto sia importante la parte che prende nell'allergia il sistema simpatico. Al riguardo si deve ricordare che gli individui con tendenza alle reazioni allergiche presentano particolari complessi psichici e il sistema nervoso vegetativo, che controlla le funzioni digerenti e metaboliche, particolarmente sensibile non solo alle infezioni, all'intossicazione ed alle proteine estranee, ma anche alla fatica ed alle emozioni.

Negli stati allergici si verificano alterazioni umorali e metaboliche più o meno evidenti. È noto come gli accessi di asma, di epilessia, di emicrania ed anche di prurigo siano stati attribuiti a crisi emoclasiche.

Durante il parossismo acuto è stato riscontrato un aumento del contenuto di amino-acidi nel sangue.

Nei casi di prurigo di Besnier, nei quali era presente anche l'asma, la febbre da fieno e l'ittiosi il contenuto di amino-acidi è alta anche durante i periodi interparossistici. Nei casi di orticaria semplice o di edema angioneurotico e di asma senza prurigo il contenuto di amino-acidi può essere normale o quasi durante lo stadio di accalmia ed elevarsi con gli accessi.

Questo fatto è importante in quanto si tratta

di una condizione che si verifica anche nello shock anafilattico.

Nelle manifestazioni allergiche acute e croniche il contenuto di cloruri nel sangue è notevolmente ridotto durante gli accessi, e tale riduzione è maggiore nei corpuscoli che nel siero. Questa riduzione è costante nel gruppo asma-prurigo e varia con le esacerbazioni e le remissioni dei sintomi. Nell'urticaria semplice la riduzione dei cloruri, come l'aumento degli amino-acidi nel sangue, si ha durante gli attacchi mentre nei periodi interaccessionali il contenuto in cloruri è normale o alquanto superiore al normale.

Questi reperti sono analoghi a quelli che si riscontrano nell'occlusione intestinale sperimentale, il che fa pensare che in questa forma la tossiemia è dovuta all'assorbimento di proteosi da parte della mucosa intestinale lesa e che i cloruri sono utilizzati per neutralizzare le sostanze tossiche. Al riguardo si deve ricordare che Richet ha dimostrato che lo shock anafilattico sperimentale può essere prevenuto mediante le iniezioni di cloruro di sodio.

DR.

ORGANI ENDOCRINI.

Il gozzo linfadenoideo.

(WILLIAMSON e PEARSE. *British Medical Journ.*, 5 gennaio 1929).

La tiroide ha due secrezioni: la secrezione propria o linfogenica, che non contiene tiroxina, e la secrezione iodo-colloidea, che contiene tiroxina.

Uno degli aspetti del processo secretorio normale è la cospicua attività delle cellule reticolo-endoteliali con la produzione di linfociti negli spazi linfatici interfollicolari, attività che costituisce la secrezione specifica « linfogenica ».

V'è una forma d'ingrossamento della tiroide alla quale è legata un'iperproduzione di linfociti. Questa condizione costituisce il « gozzo linfadenoideo », che è stato anche designato come « tiroidite infiammatoria cronica », « tiroidite granulomatosa », « endotelioma », « sarcoma », « malattia di Riedel », ecc. Ma in effetti in nessuna di queste affezioni si verifica la caratteristica successione dei sintomi del gozzo linfadenoideo: l'attività linfocitica dello stadio primitivo ed evolutivo della malattia e l'atrofia dello stadio terminale.

Come in tutte le affezioni progressive la linfogenesi si accentua gradatamente. I linfociti cominciano a raccogliersi all'ilo della glandula e si dispongono circolarmente negli spazi linfatici perivascolari fin presso alla capsula. Con l'intensificarsi del processo il parenchima, che produce la secrezione linfogenica diventa iperplastica e nell'epitelio compare una cariocinesi molto attiva. Lo sviluppo del parenchima è talvolta tale che isole di solido tessuto epiteliale riempiono gli spazi interfollicolari, dai quali è scacciata via ogni sorta di prodotto secretorio. Vi si accumulano solo linfociti, mentre, tuttavia, nei follicoli dove si trova la secrezione iodo-colloidea non c'è linfocitosi perifollicolare.

Questo reperto caratteristico si riscontra solo nelle prime fasi del processo nell'uomo e nell'affezione sperimentalmente prodotta nei ratti.

A misura che il processo avanza l'attività linfogenica abnorme invade tutta la glandula, e la produzione di colloide diventa minima. Si ha l'esaurimento progressivo dell'epitelio, che alla lunga non è più capace di funzione secretoria, e diventa atrofico.

D'altra parte le cellule del sistema reticolo-endoteliale, così attivamente legato al processo linfogenico, soffrono anche esse. Una fibrosi insidiosa invade questo tessuto, procedendo dalla periferia verso il centro fino a che tutto il tessuto reticolo-endoteliale è sostituito da uno scheletro fibroso. In fondo si tratta di un processo di cicatrizzazione che alla fine invade anche le isole di tessuto epiteliale, e sostituisce così tutta la glandula. Si ha così la tiroide « legnosa » della malattia di Riedel. A passo a passo il tessuto fibroso invade la tiroide che ingrossata nel processo evolutivo attivo diventa sempre più piccola, si raggrinza in un piccolo nodulo cicatriziale, riconoscibile come tiroide solo dalla posizione. Questa è la glandula del mixedema.

Simmonds dimostra che la condizione non è secondaria ad un processo infettivo ma una affezione specifica della tiroide. La linfogenesi è la causa della fibrosi e dell'atrofia e non una reazione ad un'atrofia primitiva della glandula.

La linfogenesi è una funzione normale della tiroide ed il gozzo linfadenoide è l'espressione d'un disturbo di questa funzione.

Con l'evolvere dell'affezione si ha dapprima ipotiroidismo e poi mixedema, che sono le conseguenze cliniche della progressiva distruzione del tessuto tiroideo.

McCarrison attribuisce il gozzo linfadenoideo a carenza vitaminica ed all'abbondanza di iodio nella dieta.

Egli ha trovato che nei ratti può essere sperimentalmente prodotto il gozzo linfadenoideo anatomicamente e clinicamente simile a quello che si verifica nell'uomo e che le condizioni sperimentali sono perfettamente analoghe alle condizioni naturali nelle quali si produce l'affezione umana.

In effetti nei paesi dove il gozzo linfadenoideo è frequente, l'alimentazione è ricca di iodio, è fatta generalmente con farina bianca o altri carboidrati poveri di vitamina, con proteine povere di vitamina e grassi anch'essi poveri di vitamina, un'alimentazione nella quale i frutti ed i vegetali verdi sono molto scarsi.

DR.

Le indicazioni della radioterapia e della chirurgia nella cura del gozzo esoftalmico.

(P. Sainton. *Paris Méd.*, n. 3, 1928).

L'A. fa rilevare come tra i mezzi terapeutici per tale affezione la radioterapia rappresenti un mezzo opposto alla cura chirurgica.

Tale scelta di metodo curativo non esiste quando si tratti di forme lievi, incomplete di morbo di Basedow che si manifestano nelle donne in una fase della vita genitale, pubertà, menopausa, forme che possono anche essere in rapporto con una manifestazione flogistica o con una lesione tiroidea, secondaria ad una infezione acuta e cronica. Per ricorrere alla radioterapia e alla chirurgia, occorre che la sintomatologia sia netta, che i sintomi siano durevoli, recidivanti o gravi, mentre le forme lievissime guariscono con cure puramente mediche.

È nelle sindromi medie o gravi del Basedow, che la radioterapia e la chirurgia trovano la loro razionale applicazione. Questi due metodi curativi arrivano allo scopo identico, e cioè, diminuire la secrezione o la disfunzione che è causa del gozzo esoftalmico.

La diminuzione della secrezione si ottiene nel primo caso con la distruzione di un certo numero di cellule ghiandolari con i raggi X, nel secondo caso con la diminuzione dell'afflusso sanguigno che alla sua volta determina una diminuzione dell'attività glandolare (legatura di una o più arterie glandolari tiroidee) sia con la asportazione di una parte più o meno estesa di glandola tiroidea (tiroidectomia parziale).

Praticamente, la sindrome di Basedow si presenta in due condizioni molto disparate: e cioè con una sindrome primitiva, nella quale i sintomi di Basedow sono contemporanei (gozzo esoftalmico vero e dei neurologi) o con una sindrome in cui il gozzo precede per un tempo più o meno lungo gli altri sintomi (gozzo basedovizzato, adenoma tossico di Plummer).

Questa differenziazione ha non lieve importanza per la cura da istituire. Il gozzo esoftalmico vero è caratterizzato da una ipertrofia globare che si fonde con la glandola, conservandone forma e consistenza. La sintomatologia a carico del sistema nervoso, la astenia, o le turbe del metabolismo basale, il dimagramento sono molto accentuati. Questa forma è dovuta non solo all'ipertiroidismo ma anche ad una alterazione della secrezione.

Nel gozzo basedovizzato, adenoma tossico di Plummer, si ha il tipo dell'ipertiroidismo puro.

Il gozzo non si presenta diffuso. La tumefazione è cistica, solida con un solo nodulo (gozzo nodulare) o a noduli multipli (gozzo adenomatoso multiloculare). Il tumore conserva forma propria, indipendente dal corpo tiroideo, è asimmetrico, irregolare, bernoccoluto, a consistenza varia.

In via eccezionale il gozzo è diffuso. In tutti i casi non esistono sintomi nervosi e cardio-vascolari (trill e pulsazione dei vasi).

Il gozzo esiste sempre; si ha un periodo di gozzo semplice, e poi un periodo di basedovizzazione.

L'esame obiettivo, specie la palpazione, ha una grande importanza.

Quando il gozzo è basedovizzato, sia cistico, o tumore solido (adenoma uni- o multiloculare) o misto (adenoma cistico) appartiene alla chirurgia, poichè la radioterapia nelle forme cistiche, può determinare una flogosi, e nelle forme di adenoma ha una efficacia passeggiera.

Trattandosi di un vero morbo di Basedow la chirurgia e la radioterapia possono trovare la loro indicazione.

La radioterapia si può usare in due modi: o a dosi massive ogni 3-4 settimane, o in dosi medie, settimanali (Béclere, Maingot...).

Le statistiche attuali sono concordi nell'affermarne l'utilità, riportando delle statistiche, con varie percentuali di miglioramenti (25-50-85-95 %).

L'A. ha notato guarigioni persistenti. Vi sono però dei casi refrattari.

Gli accidenti sono minimi (raramente si sono notate sclerosi accentuate).

I vantaggi della radioterapia sono la facilità dell'applicazione e la calma dei pazienti non spaventati dall'intervento chirurgico. Si può associare con la galvano-faradizzazione.

Gli svantaggi sono rappresentati dal fatto che è un metodo ad azione imprecisa, non dosabile perfettamente, e decorso lento. Oltrepassando i limiti si può avere mixoedema per atrofia delle glandole, e tetania per insufficienza delle paratiroidi. I chirurgi poi (Birard e De Quervain), affermano che, con tale metodo, si possono avere turbe trofiche della pelle, necrosi anche profonde (trachea), aderenze nella zona del ricorrente.

Con applicazioni irrazionali si è notato anche ipertiroidismo acuto.

Per quanto si riferisce alla cura chirurgica sono state preconizzate due operazioni: legatura di una o più spesso di 2-3 arterie tiroidee, determinando così la diminuzione del volume della glandola.

I risultati sono stati spesso temporanei o insufficienti.

Dai chirurgi moderni è considerato come il primo tempo di un intervento più completo, la tiroidectomia parziale, che è capace di determinare la regressione permanente del gozzo esoftalmico.

Questo intervento è molto grave, considerato

specialmente i fatti tossici post-operatori ed il fatto che i basedowiani sopportano molto male la narcosi.

Col perfezionamento della tecnica chirurgica, ed usando l'anestesia locale i rischi operatori sono minimi, tenendo presente le ricerche preoperatorie (metabolismo basale) e le cure post-operatorie.

Concludendo asserisce che il gozzo basedowizzato, l'adenoma tossico di Plummer, appartiene alla chirurgia, mentre il gozzo esoftalmico vero, diffuso, vascolare, in gran numero di casi, ottiene ottimi risultati terapeutici dalla radioterapia.

T. LAURENTI.

Studi clinici sull'adrenalectomia e simpatectomia.

(G. W. CRILE. *Ann. of Surgery*, luglio 1928).

Dal 1910 ha esposto il concetto dell'« impulso cinetico » (Kinetic drive) come fondamentale attività morbosa di alcuni stati patologici. Propose allora l'adrenalectomia, sola o combinata colla simpatectomia o colla tiroidectomia per frenare i sintomi di alcune malattie. Ha eseguito 29 interventi di questo genere e ne riporta i risultati.

Per l'epilessia ha eseguito 13 interventi: simpatectomia, 1; adrenalectomia, 4; adrenalectomia, legatura dei vasi tiroidei e simpatectomia, 2; adrenalectomia e tiroidectomia, 1; adrenalectomia, tiroidectomia e simpatectomia, 5. È partito dal concetto che l'animale diviene adinamico dopo asportazione delle surrenali e della tiroide. Solo in 5 casi di adrenalectomia, tiroidectomia e simpatectomia ha avuto 4 notevoli miglioramenti e una guarigione.

Per neurastenia ha eseguito 4 interventi nel 1917. Il concetto era di abolire due glandole che sensibilizzano il cervello. Non ritiene i risultati tali da poter trarre conclusioni di alcun genere.

Per malattie del cuore e dei vasi ha eseguito 8 interventi, 3 per endoarterite obliterante e 5 per ipertensione. I risultati sono stati nulli, benchè nell'ipertensione si sia avuto un transitorio miglioramento.

Per ipertiroidismo con ipertensione ha eseguito quattro adrenalectomie delle quali una associata con la emitiroidectomia. È partito dal concetto che la secrezione tiroidea sensibilizza tutti i tessuti all'azione dell'adrenalina. Ha ottenuto una diminuzione del metabolismo e un transitorio effetto sulla pressione sanguigna. Nei tre casi nei quali intervenne solo sulla surrenale la tiroide diminuì di volume e aumentò di consistenza. Non ha mai osservato crisi di ipertiroidismo post-operatorio.

Esegue la asportazione della glandola surrenale per via lombare, isolandola dal polo superiore del rene. L'arteria surrenale è generalmente molto grossa. Esegue la simpatectomia cervicale con un taglio a collare come per la tiroidectomia.

Non ha avuto nessuna morte operatoria.

M. ASCOLI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

D. e J. OLMER. *La fièvre exanthématique*. Maloine ed., 1928.

Tiene desta l'attenzione dei medici, da qualche tempo, una particolare malattia esantematica caratterizzata da febbre ciclica con esantema papuloso, che insorge verso il 4°-5° giorno, e da una escara nera cutanea. Accanto a chi vuole farne una entità morbosa a sè (Boinet) v'è chi tenta di ravvicinarla al gruppo: tifo esantematico, malattia di Brill, tifo tropicale. Gli AA. nel volume dopo aver dato note cliniche e dati sperimentali, sopratutto in base alle reazioni positive avute con determinati ceppi di Proteo X_{19}, tentano il ravvicinamento col gruppo tifo esantematico e specialmente con la malattia di Brill.

L'argomento, se pur non risoluto, è di grande interesse anche per noi in Italia: anche presso di noi esiste una malattia esantematica che difficilmente si potrebbe differenziare dal tifo esantematico lieve, con grandi percentuali di sierodiagnosi positive per il Proteo X_{19} specie durante la convalescenza; in generale però non si riscontra l'escara nera, e la sua natura è causa ancora di vivaci contestazioni.

È necessario studiare il problema accuratamente e da ogni lato per non avere sorprese epidemiche sgradite.

T. PONTANO.

G. GARDENGHI. *Profilassi generale delle malattie trasmissibili*. Un vol. in-4°, di pag. 367. con 137 fig. Unione tipografico-editrice torinese, 1928. Prezzo L. 30.

È una visione generale e completa dei sistemi di profilassi generale, esposti con ordine logico, che va dalla denuncia alla inchiesta epidemiologica, all'isolamento, alla disinfezione.

Studiata con particolare cura è la questione dell'isolamento degli ammalati, dei sospetti, dei disseminatori, ecc.

La parte più larga è fatta alla disinfezione che viene dapprima considerata dal punto di vista generale, studiando poi i singoli disinfettanti, i mezzi pratici di disinfezione, nonchè gli speciali metodi in uso anche per le acque, il latte, ecc. Vengono poi la disinsettazione (pidocchi, zanzare, mosche, ecc.) e la derattizzazione.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Libro ricco di dati e di nozioni pratiche, che fa parte del *Trattato italiano d'igiene*, che si pubblica sotto la direzione del prof. O. Casagrandi e che sarà letto e consultato con vantaggio da chi si occupa di tali questioni.

fil.

Jesus Gonzalez Urueña. *Le traitement des teignes par l'acétate de thallium.* 144 pagg. con 9 figure. Masson e C. éd., Paris, 1928. Fr. 18.

Molto a proposito appare ora questa nuova pubblicazione del prof. Urueña, dermatologo dell'Università di Messico. Essa infatti, mentre da un lato riassume l'esperienza degli ormai numerosi AA. che di questa particolare terapia si sono occupati, dall'altro ci espone le direttive per la pratica applicazione e divulgazione di essa, desunte anche da una vasta e ricca casistica personale.

Preceduto da una diffusa relazione sugli studi sperimentali e specialmente sugli effetti tossici del composto, il capitolo più importante tratta dell'azione terapeutica e dei risultati, nell'insieme soddisfacenti, con essa ottenuti. Chiude infine una copiosa bibliografia.

M. Agostini.

Delater et Grandclaude. *Nouveau précis de Bactériologie.* Gauthier et Villars ed., 1928, pagg. vi-121, 17 tavole a colori fuori testo.

È un manualetto scritto da due direttori di laboratorio delle scuole odontoiatrica e odontotecnica di Parigi: la materia è suddivisa in un primo gruppo di dieci lezioni, in cui sono trattati i caratteri generali dei microbi, e il conflitto microbo-organismo vivente, lucidamente e genialmente analizzato; e in un gruppo di undici lezioni di lavori pratici, ridotte esclusivamente a tavole sinottiche e a tavole colorate.

Ci sembra un po' poco per il principiante digiuno di tutto: mentre crediamo che il libro possa essere molto utile a chi, già conoscendo la materia, voglia ritrovarla condensata in piccolo spazio.

Tuttavia il libro è raccomandabile; le figure, per quanto non felicissime come riproduzione di colori, sono chiare e didatticamente efficaci, sopratutto quelle che sintetizzano alcuni procedimenti di tecnica.

M. Sabatucci.

A. Philibert. *Manuel de bactériologie médicale.* Masson, ed., pag. xii-551 e 21 tavole a colori. Fr. 55.

È un nuovo manuale di batteriologia clinica apparso nel 1928. Si tratta di un volumetto di circa 500 pagine, in cui con molta chiarezza, lucidità ed equilibrio vengono illustrati i principali microbi patogeni per l'uomo, e la loro ricerca ed identificazione nei prodotti patologici.

Assai comprensibile risulta, anche a chi sia nuovo all'argomento, il capitolo della determinazione del pH nei terreni di cultura; notevole ci è apparso il capitolo del virus citotropi, e del bacteriofago; mentre forse un po' troppo breve è la parte sierologica, specie per quello che riguarda le reazioni di flocculazione, di cui l'autore non descrive che quella di Dujarric de la Rivière e Gallerand.

Tuttavia il libro ci sembra quanto mai adatto al principiante; e crediamo che possa anche molto utilmente figurare sul tavolo del laboratorio.

Ventuno belle tavole a colori ne aumentano notevolmente il valore didattico.

M. Sabatucci.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia dei Fisiocritici di Siena.

Seduta del 30 novembre 1928.
Presidenza: Prof. D. Barduzzi, presidente.

Ascesso polmonare da corpo estraneo.

Dott. Guido Olmi. — L'O. riferisce di un caso di « Ascesso polmonare da corpo estraneo delle vie respiratorie infantili, rimasto a lungo latente » e nel quale si ebbe la morte del bambino dopo circa due anni e mezzo dall'ingestione (chiodo della lunghezza di 45 mm.).

Rachitismo e ghiandole endocrine.

Dott. Guido Olmi. — L'O. riporta tre casi clinici di rachitismo, ed i relativi reperti istologici. L'O. avrebbe trovate alterazioni evidenti a carico del timo e delle paratiroidi.

Sulla liponecrosi sperimentale del sottocutaneo.

Dott. Leinati. — L'O. ha fatto delle esperienze sulla liponecrosi traumatica del sottocutaneo su un gruppo di animali castrati e tiroidectomizzati e su un gruppo di animali sani di controllo (conigli e cavie). I fatti principali osservati possono essere riassunti nelle seguenti conclusioni:

1) È possibile riprodurre sperimentalmente piccoli focolai di liponecrosi traumatica del sottocutaneo, con il quadro istopatologico caratteristico noto per tale lesione; e ciò tanto in animali ectomizzati di una ghiandola a secrezione interna (testicoli, ovaie, tiroide) come in animali sani di controllo.

2) La preventiva soppressione di una di tali ghiandole a secrezione interna determina alcune differenze di comportamento nei focolai liponecrotici rispetto a quelli di controllo che consistono soprattutto: *a*) in una maggior durata ed entità delle lesioni, associate ad una persistenza più a lungo di fatti reattivi infiammatori, quali la infiltrazione di polinucleati e di linfociti; *b*) in uno sviluppo più precoce e più abbondante di

connettivo attorno alle zone dove maggiore è la lesione liponecrotica, verosimilmente in rapporto con una più intensa alterazione del grasso; c) nell'esito in formazione di pseudo cisti, quando nei controlli la lesione liponecrotica è guarita o pressochè guarita.

3) Per il meccanismo di formazione del focolaio di liponecrosi traumatica, l'O. non crede che, almeno nelle sue esperienze, il trauma, l'emorragia, l'ischemia e l'infiltrazione linfo-leucocitaria possano vantare, singolarmente, una azione decisiva sulla scissione dei grassi neutri. Molto probabilmente questi fattori partecipano, in misura diversa a seconda dei casi, alla saponificazione dei grassi: la quale pertanto — in attesa di poter specificare meglio come stanno i fatti — è da imputarsi piuttosto al complesso gruppo di fenomeni biologici che caratterizzano la reazione traumatica.

Sulle surrenali accessorie nel coniglio e nella cavia.

Dott. Leinati. — L'O. in un coniglio ed in una cavia, su duecentocinquanta autopsie circa di animali da laboratorio, ha trovato delle surrenali accessorie; poichè i due animali erano stati castrati, e pensando che fra i due fatti vi potesse essere una relazione, ha istituito due serie di esperienze su conigli e cavie castrate, dall'osservazione delle quali ha potuto constatare un aumento di peso, alle volte non molto rilevante, ma pressochè costante, nei surreni degli animali castrati, dovuto ad una ipertrofia della sostanza corticale. In due, su tre conigli castrati di un gruppo di 5 fratelli dello stesso peso, ha trovato dei corpi interrenali accessori che presentavano istologicamente segni di ipertrofia.

Crede di poter concludere: 1) che la castrazione nel coniglio e nella cavia è atta a determinare una ipertrofia della sostanza corticale dei surreni; 2) che questa ipertrofia avviene anche nei corpi interrenali accessori, rendendo facile la possibilità che essi diventino visibili ad occhio nudo.

Blocco del sistema reticolo-endoteliale e precipitine.

Dott. Vanni S. — L'O. ha sperimentato sul comportamento della produzione di precipitine in conigli ai quali è stato praticato il blocco del S. R. E. con Pyrrolblau iniettato sia per via sottocutanea, sia per via endoperitoneale, sia per via endovenosa.

In base ai suoi risultati l'O. conclude che il così detto blocco del S. R. E., praticato con iniezioni di Pyrrolblau, non induce alterazioni apprezzabili nella produzione di precipitine.

Influenza dei raggi ultravioletti sullo sviluppo delle larve di Bufo vulgaris.

Dott. Barbacci Piero. — L'O. ha sperimentato sia esponendo direttamente ai R. U., sia alimentandole con sostanze irradiate; descritti e commentati i risultati dei vari esperimenti, conclude che i raggi ultravioletti hanno azione eutrofica e stimolante sull'evoluzione delle larve suddette, se usati per breve periodo di tempo, mentre hanno azione deleteria se si fanno agire per periodi di tempo più lunghi.

Velocità di sedimentazione dei globuli rossi.

Dott. Barbacci Piero. — L'O. dopo una breve rivista sintetica sull'argomento descrive le prove eseguite su 52 bambini affetti da svariate malattie e giunge alla conclusione che la prova della V. S. non reca risultati tali da poter dare affidamento su di essa per una diagnosi e crede la prova stessa superflua nelle comuni indagini cliniche.

Enterite con reperto di Cryptococcus hominis.

Dott. Hosmer-Zambelli Frederick. — L'O. descrive un caso di enterite muco-emorragica in un bambino. Dalle feci venne isolato un micete identificato per il Cryptococcus hominis. Inoculato negli animali il micete si dimostrò nettamente patogeno per essi provocando delle lesioni anatomo-patologiche in tutto simili a quelle notate nel bambino.

Controlli sperimentali del vaccino antidifterico T. A. F.

Giannelli Vittorio. — In 20 bambini, senza che l'iniezione di T. A. F. portasse alcun disturbo, l'immunità si è stabilita nello spazio medio di un mese. Essa è stata controllata sia a mezzo della Schick e delle altre intradermoreazioni, sia titolando in alcuni casi l'antitossina del sangue col metodo di Römer, che ha dato un tasso variante tra 1/3 e 1/4 di U. I. per cc. L'immunità è risultata più lenta a stabilirsi nei bambini con tara tubercolare aggirandosi in questi tra i 40-50 giorni dal trattamento con T. A. F.

Rachianestesia per il parto forzato (Delmas).

Dott. Mario Trettenero. — L'O. ha sperimentato in 30 casi il metodo Delmas di rapida dilatazione manuale del collo uterino in rachianestesia. Sulla base della esperienza fatta ritiene che il metodo rappresenta un passo avanti per quanto si riferisce alla dilatazione, la quale diventa più facile, più rapida e meno pericolosa.

Questi vantaggi si hanno nella maggioranza dei casi, ma non sempre. L'estrazione del feto è pure spesso facilitata, sopratutto per la perfetta anestesia: non sempre il rivolgimento è facile, nei casi con acque scolate da qualche tempo può essere difficile. Il metodo merita di essere largamente sperimentato, ma ciò deve avvenire soltanto nei casi in cui esista una netta indicazione all'intervento e per mano di chi abbia larga esperienza e sicurezza di tecnica nelle operazioni ostetriche. Così gli si potranno fissare quelle giuste indicazioni nelle quali esso non può mancare di dare vantaggio nella terapia ostetrica.

Il Segretario: A. Caroli.

Associazione Medica Triestina.

VIII adunanza scientifica del 14 dicembre 1928

Presidente: Dott. A. Cofler.

Ulcera gastroduodenale nell' ospedale civico di Monfalcone.

Prima di dar seguito alle relazioni sull'ulcera gastro-duodenale, il dott. Cofler rileva il comportamento del tutto diverso di due soluzioni di benzidina in acido acetico (benzidina Erba e ben-

zidina Merck), cui si aggiunsero soluzioni contenenti tracce di sangue. Mentre la soluzione di benzidina Merck dà un bel colore turchino, la soluzione di benzidina Erba dà un colore rossastro.

Il dott. Cofler ricorda inoltre, a proposito di diagnosi dell'ulcera duodenale la prova dell'iperglobulia.

Dott. Mann. — A proposito di tale prova, riferisce che nel suo riparto si stanno facendo indagini in questo senso: finora su tre casi di ulcera duodenale confermata all'operazione si ebbero tre esami negativi.

Il dott. Viglione, direttore dell'ospedale di Monfalcone porta il cordiale saluto dei colleghi monfalconesi e svolge la sua relazione:

Furono operati in un triennio 149 casi, cui si aggiungono 13 interventi per peritonite da ulcera perforata e 6 laparatomie esplorative per accertamento di diagnosi.

Su 149 casi si ebbero 60 ulceri duodenali, 15 piloriche, 17 iuxtapiloriche, 19 della piccola curvatura, e della parete posteriore, 9 stenosi piloriche, 11 peripiloriti e periduodeniti, 1 ulc. peptica e 12 perforazioni

In totale furono praticate 103 G. E. A., con 99 guariti e 4 morti, 37 resezioni con 28 guariti e 9 morti, 9 escissioni con 8 guariti, 1 morto, 13 gastrorrafie e laparotomie esplorative.

La statistica dell'O. si presta alle seguenti considerazioni:

1) Il metodo ideale per la cura delle ulceri gastroduodenali è la resezione, ma essa ha lo svantaggio della mortalità ancor alta e non è esente dal portare l'ulcera peptica. Quindi essa va adottata solamente nelle ulcere callose, nelle ulcere della piccola curv. e della parete posteriore.

2) La G. E. A. semplice è un'operazione che in genere dà buoni risultati, ma non toglie tutti i disturbi dovuti all'ulc., lascia l'antro ed il piloro che sono i maggiori responsabili degli inconvenienti che si manifestano negli operati di G.E.A., ed è causa di ulceri peptiche.

3) Per rendere più utile la G. E. A. sarà bene associare la piloroplicatio alla Majocchi, la quale fa di un piloro pervio un piloro stenosato, ma non tanto da non lasciar passare una parte di chimo che, secondo Majocchi, renderebbe più completa la secrezione bileo-pancreatica, con grande vantaggio della digestione intestinale.

Sulla ferapia dell'ulcera gastro-duodenale.

Dott. Oliani. — Esamina i concetti differenti che egli trasse in tre diversi periodi, durante un lungo periodo di anni dall'esame e dal controllo dei suoi operati, facendo la critica dei vari metodi operativi e del vario successo ottenuto da essi. Considera insufficente il trattamento medico, che può solo aiutare la naturale tendenza alla guarigione di tale processo morboso.

Dei processi operativi, dopo aver portato i risultati della G. E. A. su 224 casi, e fatto notare gli insuccessi e i danni di essa, specialmente anche in rapporto alla frequenza della degenerazione carcinomatosa dell'ulcera, richiamandosi anche a quanto enunciato dal prof. Donati al congresso di Roma, i risultati delle altre operazioni non radicali (escissione Balfour, a losanga, piloroplastica, operazione secondo Schiassi, ecc.), dell'operazione di Backoch Bogoras, della quale aveva fatto cenno l'egregio dott. Manni, la quale però dai lavori pubblicati risulta non fondata sperimentalmente nè clinicamente, oltre ai gravi pericoli che presenta, per cui non l'ha mai eseguita, viene a considerare il trattamento radicale e cioè:

La resezione circolare (49 casi con 5 recidive: non l'ha più eseguita da qualche anno). L'antropilorectomia: oltre 300 casi (con le perforate e le peptiche); ne enumera i vantaggi lontani che gli hanno dato in 108 operati rivisti anche a distanza di anni il 92 % di guarigione completa (nessuna ulcera peptica). Diede la preferenza alla Billroth I; fa rilevare il decorso post-operatorio, di gran lunga più semplice e migliore che negli altri interventi; espone le principali complicazioni di tale intervento e la sua gravità; dovendosi avere sempre di mira l'estirpazione dell'ulcera (nei suoi casi circa l'8 % di mortalità). Considera la resezione palliativa sec. Finsterer e le obbiezioni portate da Haberer.

Conclude: considerando gli inconvenienti dell'ulc. peptica, oltre gli altri che seguono alla G. E. A.; condannata irremissibilmente l'esclusione pilorica nella duodenale, e d'altra parte i risultati poco soddisfacenti degli altri interventi, deve considerarsi l'antropilorectomia l'unico intervento che possa dare risultati soddisfacenti, avendo di mira l'estirpazione dell'ulc. o la sua esclusione dal lume, prevalentemente nella forma Billroth I. (ove non sia fattibile in quelle B. II), a condizione di non voler resecare sempre, ad ogni costo; limitandosi alla G. E. A. o alla digiunostomia temporanea nei casi di ulcere penetranti nel pancreas o duodenali molto basse, o subcardiali. Tali interventi saranno da praticarsi dopo una non ripetuta ed infruttuosa cura medica.

Prende quindi in esame le ulc. perforate (113 suoi casi), nelle quali esperimentò tutti i metodi (resezione d'emblée II, con 3 decessi), concludendo che si deve scegliere il metodo più semplice e rapido. L'O. ha dato da qualche anno la preferenza alla semplice sutura e affondamento, che negli ultimi 18 casi (1927-1928) gli ha dato solo 2 decessi (11 % di mortalità) riservando un eventuale intervento radicale in secondo tempo.

Nelle ulcere emorragiche se gravi o ripetentisi, intervento radicale previa trasfusione sanguigna (2 casi). Nelle peptiche (28 interventi su 25 operati, in parte suoi, in parte di altri) resezione da preferirsi, per sicurezza di non recidiva (escissione in 2 casi duplice e triplice recidiva). Presenta 2 preparati di fistola gastrodigiunocolica, delle quali ne ebbe a operare 5 con guarigione definitiva in tutti i casi.

Perforazione acuta di ulceri gastroduodenali.

Dott. CARLO TIRONE. — I dati che riguardano l'età ed il sesso coincidono con quelli riferiti dalla maggioranza degli autori.

Riguardo la professione, in 26 casi si trattava di operai addetti a lavori pesanti, in 2 di impiegati.

Per riguardo alla sede si ebbero:

20 casi di ulceri della parete ant. della prima porzione del duodeno oppure iuxtapiloriche.

5 casi di ulceri piloriche o antrali.

2 casi di ulceri della piccola curvatura.

1 caso di ulcera peptica digiunale in un ammalato già operato di G. E. A.

In 4 casi mancarono pregresse sofferenze gastriche.

L'assenza del vomito fu quasi la regola.

La contrazione dei muscoli addominali fu il sintomo più costante; meno costante invece, la scomparsa dell'area di ottusità epatica. Fu sempre presente un segno, rilevato dal primario dott. Viglione, e che consiste in uno stiramento in alto del pene, che viene ad assumere quasi un atteggiamento di erezione, pur essendo flaccido.

La mortalità fu altissima per gli operati di semplice sutura della perforazione, mentre nei 14 operati con G. E. A. o resezione si ebbero solo 3 morti. Tali risultati, in apparenza in contrasto con quelli di altre statistiche si spiegano col fatto che gli operati di semplice sutura appartenevano tutti ai perforati da più di 12 ore, che presentavano già peritoniti diffuse.

Riguardo all'intervento di scelta nei perforati ogni apriorismo è illogico ed ingiustificato.

Il Segretario: Dott. E. RONCALI.

Società di Coltura Medica Novarese Ospedale Maggiore di Novara.

Seduta del 3 dicembre 1928.

Presidente: Dott. MARIO ARTOM.

Presentazioni di casi clinici.

Dott. Prof. MARIO ARTOM. — Un caso di *bromodermia vegetante* in un uomo di 46 anni che per disturbi nervosi vaghi fu consigliato praticare una cura bromica, che eseguì esagerandone le dosi: comparvero allora lesioni cutanee a tipo di chiazze vegetanti che anche istologicamente presentano i caratteri del bromoderma. In tale malato esiste un'aumentata reattività cutanea alle intradermoreazioni di preparati bromici; la cura di dare forti dosi di cloruro sodico, che non diede risultati al Pasini, diede invece risultati ottimi all'O.

Un caso di *favide* in un ragazzo di 16 anni in una tigna favosa del capillizio che dura da sei anni, che presenta ora anche elementi polimorfi, miliari o papuloidi o ad aspetto panfoide disseminati sulla cute glabra. In tali elementi fu negativa la ricerca dell'Acorion, all'esame microscopico e culturale, ma gli elementi hanno tutti i caratteri di favidi. L'O. discute sulle diverse teorie patogenetiche emesse per spiegare la comparsa dei favidi e si dichiara favorevole alla teoria ematogena.

Dott. GIOVANNI LODDONI. — L'O. presenta un caso di *oftalmia metastatica bilaterale* in ragazza di dodici anni, comparsa nel decorso di una setticemia criptogenetica: la paziente ora presenta un essudato purulento sulla retina che dà agli occhi suoi il caratteristico aspetto dell'occhio di gatto amaurotico, cioè un riflesso giallo verdastro della pupilla simulante un glioma retinico (pseudo glioma).

Dott. PIERO FORNARA. — Discussione sulle difficoltà diagnostiche che presenta la *polmonite lobare del lattante* e sulla utilità che può rendere la radiografia polmonare in tali eventualità; discussione sulle questioni che si connettono con lo studio dell'ombra radiologica pneumonica di Weill e Mouriquand: esposizione di parecchi casi personali seguiti clinicamente e radiograficamente di polmoniti in lattanti e dimostrazione della utilità di tale mezzo diagnostico.

Ancora sulla acrodinia infantile.

Dott. PIERO FORNARA. — L'O. presenta il caso presentato nella precedente seduta, di acrodinia infantile, ora in via di guarigione ed espone i dati di due altri casi di questa rara e curiosa affezione, visti ambulatoriamente.

Si di un caso di tromboflebite del seno laterale, operato e guarito espone la storia di un bambino di 4 anni con trombosi del seno laterale, seguito all'Ospedale infantile di Alessandria e operato dal dott. Bortolotti: il caso che decorreva con un corteo sintomatologico assai ridotto, guarì perfettamente. Ricorda le diverse modalità con cui si presenta la trombosi dei seni cerebrali post-otitica o post-infettiva nei bambini e sovratutto le forme a sintomatologia scarsa ed a decorso benigno.

Tromboflebite acuta purulenta post otitica della vena giugulare interna.

Dott. Prof. CARLO FELICE BIANCHETTI. — Espone un caso di un bambino di 6 anni che dopo un'otite influenzale presentò febbre a 40, vomiti, convulsioni, rigidità nucale e dolori alla metà destra posteriore del capo. Intervento: la vena giugulare interna appare per un tratto di 8 cm. trombizzata e contenente pus: viene legata e recisa tra le due legature. Decorso post-operatorio ottimo, ma dopo più di 40 giorni in pieno benessere, compaiono dolori alla regione lombare con febbre e paraplegia (per embolo?). Discussione del caso in questione.

Distacco prematuro di placenta normalmente inserta.

Dott. Prof. G. CUZZI. — Espone un caso di quartipara che presentò un distacco prematuro di placenta normalmente inserta in dipendenza da una nefrite cronica riacutizzata in gravidanza: L'O. eseguì una laparatomia per una cesarea e trovandosi di fronte ad un utero con molte suffusioni emorragiche sul fondo dell'utero, decise di praticare una isterectomia.

La donna è guarita senza incidenti: L'O. discute sulla tecnica da seguirsi in questi casi.

A proposito di due isterectomie precesaree.

Prof. Lampugnani Mario. — Riferisce due casi di isterectomia precesarea da lui operate con esito felice.

In un caso l'indicazione era data da un tumore voluminoso del segmento uterino inferiore ostruente un feto morto e sepsi incoata per lungo travaglio.

Nell'altro caso l'indicazione era data da presentazione di spalla trascurata e fortemente incuneata, con feto morto e sepsi incoata da ripetute e non asettiche manovre.

Due laparomiectomie in gravidanza.

Prof. Lampugnani Mario. — Riferisce due casi di laparomiomectomia in gravidanza al 2° e 3° mese per fibromiomi peduncolati del fondo che avevano creato condizioni pericolose per la vita della madre e per il normale andamento della gravidanza. Si ebbero due parti a termine spontaneo con feti vivi.

Terapia dell'utero gravido retroflesso e incarcerato.

Dott. Achille Miglio. — Riferisce un caso d'utero gravido retroflesso e incarcerato, in cui dopo vani tentativi per via vaginale, si praticò la laparatomia ottenendo la riduzione dell'incarceramento e la continuazione della gravidanza.

La radioterapia nel cancro del collo dell'utero.

Dott. Angiolo Loschi. — L'O. si sofferma a discutere sull'ultimo metodo di cura attualmente praticato in clinica che è quello dell'applicazione di Radium con o senza precedenti, ampia asportazione chirurgica e applicazioni di termocauterio; su 15 casi così trattati, di sette dichiarati non operabili, vi sono 5 casi di morte e 2 di condizioni buone a distanza di tre anni, di 8 operabili 2 sono morti, le altre sono vive, dopo un periodo di osservazione, di sei, cinque, cinque, due e due anni. Segue un'estesa discussione sull'argomento.

Alcuni casi di dermatite salvarsanica.

Dott. V. De Benedetti. — Riferisce su quattro casi di dermatite post-salvarsanica, a tipo di eritrodermia esfoliativa generalizzata con manifestazioni generali assai gravi: lo scoppio dell'esantema coincide con una cospicua ritenzione idrica ed in un caso comparvero cospicui edemi.

Durante l'acme dell'esantema ha potuto notare modificazioni della formula sanguigna e cioè leucocitosi con eosinofilia e linfopenia, abbassamento della pressione arteriosa ed in un caso anche tumefazione pseudo leucemica dei gangli linfatici inguinali. Discute circa le ipotesi patogenetiche ed in ispecie sulla ipotesi di un'origine per sensibilizzazione cutanea al salvarsan.

Un caso di spasmo di torsione.

Dott. V. De Benedetti. — Fanciulla di 16 anni; fu colpita dall'epidemia encefalitica nel 1920. La p. presenta spasmo assai composto e cioè: torsione del tronco sul proprio asse, inclinazione laterale verso s. torcicollo spasmodico. A carico delle membra esiste alternanza caratteristica di ipertonia e ipotonia muscolare (spasmus mobilis). L'attitudine del tronco è invece in parte fissata da contratture. Nessun disturbo della favella, della masticazione, della deglutizione. Intelligenza integra, ma carattere alterato ed irascibile.

Spasmo di torsione dunque assai progredito, con sinergia dei crampi riguardanti i diversi gruppi muscolari.

Un caso di lesioni multiple osteo-periostee di natura blenorragica.

Dott. G. V. Brizio. — Riferisce di un caso in cui si è potuto giungere alla diagnosi esatta nonostante l'anamnesi fosse muta circa l'infezione blenorragica contratta alcuni anni prima. L'esame radiografico ha rivelato reazione periostea ed iperostosi dei calcagni, periostite localizzata alle tuberosità anteriori tibiali, e iperostosi in corrispondenza dello sterno.

L'O. ritiene che dette lesioni siano state precedute da borsite.

La reattività cutanea nell'infezione da bacillo di Ducrey.

Dott. M. Artom. — L'O. discute delle reazioni biologiche cutanee dovute al bacillo di Ducrey, messe in evidenza dall'intradermoreazione con vaccino streptobacillare. Dalle sue esperienze trae conclusioni: 1) sulla specificità dell'intradermoreazione confermandola pienamente; 2) sulla data di comparsa della positività di essa che stabilisce oscillare da 3 a 8 giorni dall'inizio dell'affezione; 3) sulle modificazioni dello stato allergico cutaneo per l'influenza di iniezioni ripetute di vaccino mettendo in evidenza l'influenza (temporanea ed incostante) anergizzante delle lesioni endovenose di vaccino e l'assenza di modificazioni dello stato allergico con le iniezioni intradermiche ripetute di esse; 4) sulla soglia di stimolazione cutanea col vaccino dimostrando la variabilità della reattività individuale.

Il Segretario: Dott. Piero Fornara.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

PEDIATRIA.

La diagnosi precoce del morbillo.

La diagnosi precoce del morbillo è soprattutto importante per i provvedimenti profilattici da prendersi, perchè la contagiosità è massima in primo tempo. Nel primo periodo di incubazione, che dura una diecina di giorni, non si hanno sintomi apprezzabili di indisposizione, soltanto è segnalata una certa perdita di peso (140-170 grammi). Nel sangue si ha una lieve leucocitosi, seguita da leucopenia linfocitica.

Il secondo periodo, di invasione, si inizia con la febbre e va fino all'eruzione tipica, con la durata di 3-4 giorni. La febbre può assumere diversi tipi: 1) tifoidea, con ascensioni graduali fino a 40°; 2) malarica, con intermittenze; 3) polmonitica, salendo rapidamente verso i 40° e mantenendovisi; 4) leggera e senza caratteristiche.

Dall'inizio della febbre, si può osservare un segno su cui richiama l'attenzione Ph. Moen Stimson (*Journ. amer. med. assoc.*, 15 marzo 1928) ed è una leggera congestione delle palpebre inferiori, verso il margine della cartilagine del tarso, all'incirca al terzo della distanza fra il margine palpebrale ed il fornice. Quando questo arrossamento localizzato viene eclissato dalla congiuntivite generalizzata, l'arrossamento si accentua e si ha essudato purulento e fotofobia. Frattanto, si possono vedere sulla caruncola oculare dei punticini bianco-azzurri, rassomiglianti alle macchie di Koplik.

Qualche volta, si ha un'eruzione prodromica, che si presenta al 1°-2° giorno di febbre e che consta di roseole analoghe a quella della tifoide, oppure di un eritema papuloso (al torace ed al collo), che scompare rapidamente.

Compare frattanto un esantema al palato molle ed all'ugola accompagnato da manifestazioni cliniche catarrali (coriza e tosse). La tosse morbillosa è secca ed irritante, prodotta da infiammazione della mucosa laringea e tracheale.

Il primo segno patognomonico del morbillo è costituito dalle macchie di Koplik, le quali, quando sono marcate, hanno l'aspetto di grani di pepe bianco, che spiccano sul fondo rossastro. Quando sono scarse od attenuate i vedono meglio con la luce naturale molto viva. Tali macchie sono molto importanti perchè confermano senz'altro la diagnosi di morbillo, anche 2-3 giorni prima della comparsa dell'eruzione.

Pur troppo però esse sono più tardive del catarro, durante la comparsa del quale, si può già avere il contagio.

Da ultimo compare l'esantema, che si manifesta al quarto giorno di malattia.

È importante nei bambini pensare alla possibilità di morbillo, in presenza di malessere e di segni catarrali; in tal caso, si andrà alla ricerca dei segni oculari sopra detti e delle macchie di Koplik. *fil*

Criteri differenziali tra tracoma e congiuntivite follicolare nei bambini.

Odisio (*La Pediatria del medico pratico*, n. 9, settembre 1928) osserva che il tracoma e la congiuntivite follicolare sono due forme morbose frequentemente confuse; ma data l'importanza sociale e la loro diffusione, si impone una distinzione pratica.

Congiuntivite follicolare. — Si osserva nei bambini tra gli 8-12 anni. Non si hanno sintomi subiettivi. Esaminando la congiuntiva del fornice inferiore si notano delle piccole prominenze roseo pallide, la congiuntiva bulbare è lievemente iperemica la congiuntiva tarsale superiore non è nè infiltrata, nè ispessita nel suo terzo medio. I follicoli del fornice inferiore grossi come capocchie di spillo, si impiccoliscono avvicinandosi al margine palpebrale, sono ovali e posti in catene parallele. Sono lucenti e diafani. La congiuntiva ha scarsa reazione infiammatoria della sottomucosa. I follicoli dei lati della tarsale superiore, specie all'esterno, sono piccolissimi, isolati disposti irregolarmente su di una zona lievemente iperemica. La cornea non partecipa al processo infiammatorio. La secrezione congiuntivale è scarsa. Si ha nei bambini timo linfatici, con adenopatie spiccate o con diatesi essudativa; alle volte in casi di neo-artritismo infantile con tonsilliti, faringiti ed eritemi cutanei. Possono determinare tale malattia la polvere, l'azione della luce artificiale, e tutti gli stimoli, anche medicinali, protratti sulla congiuntiva, predisposta a formazione di tessuto adenoideo. Axenfeld nel 1896 dimostrò essere una malattia contagiosa; che decorre subdolamente da poche settimane a parecchi mesi, e talora nei casi cronici per anni. Talora aumentando l'età ed irrobustendosi i bambini scompare spontaneamente senza alcuna cura.

Anatomopatologicamente il follicolo linfatico è sotto l'epitelio congiuntivale impiantato su di un corion poco infiltrato. I follicoli constano di piccoli elementi cellulari di un solo tipo, con di-

screto nucleo, e che migrano attraverso l'epitelio di rivestimento, che è assai assottigliato, con elementi appiattiti longitudinalmente, di aspetto pavimentoso ed i suoi rapporti con il connettivo sottostante non sono alterati. I vasi hanno una distribuzione uniforme. Il follicolo non si ulcera nè si fluidifica, ma i linfociti della sua parte periferica vengono eliminati per migrazione lenta attraverso gli strati dell'epitelio di rivestimento.

Tracoma. — Il tracoma ha un inizio subdolo, per cui non si riscontrano sempre sintomi subiettivi: alle volte si ha fotofobia, ammiccamento delle palpebre, lieve senso di corpo estraneo, e senso di bruciore. La congiuntiva dei fornici è iperemica, edematosa, come vellutata; ha delle papille ipertrofiche, che le danno un aspetto rugoso. La piega di passaggio superiore si ispessisce, le pieghe che si trovano sono evidenti e scattano quando si mette allo scoperto la congiuntiva del cul di sacco, e ve ne è una caratteristica a semiluna, che abbraccia la parte alta del bulbo. Il margine tarsale superiore è arrotondato, edematoso, ruvido, il solco subtarsale meno evidente per l'ispessimento della congiuntiva soprastante. Dopo 2-3 settimane la plica semilunare si fa intensamente iperemica, ruvida ipertrofica; poi sulla congiuntiva inferiore, sulla piega di passaggio superiore, al margine superiore del tarso si osservano dei follicoli bianco grigiastri gelatinosi, lievemente opachi, sporgenti a guisa di mezza sfera dall'epitelio congiuntivale, sono posti in catene irregolari; alle volte confluiscono assumendo una forma irregolare allungata. La congiuntiva bulbare e la cornea sono attaccate soltanto nei casi avanzati. Il decorso è lungo, per mesi ed anni, con riacutizzazioni e regressioni a poussés, l'ipertrofia congiuntivale aumenta sino ad un acme di sviluppo, che va poi lentamente regredendo. I follicoli si sviluppano sino a che esiste tessuto adenoideo, confluiscono, ed il loro contenuto fuoriesce facilmente dal follicolo, la secrezione fa appiccicare i margini palpebrali. I follicoli distrutto il tessuto sottomucoso e vuotati dal contenuto lasciano una cicatrice, che rappresenta lo spegnersi dell'infezione. Il follicolo tracomatoso sta su di un corion assai infiltrato ed ispessito, esso è l'accumulo di elementi leucocitari cellulari. L'epitelio subisce alterazioni diverse: proliferazione delle cellule profonde, moltiplicazione dei suoi strati nella fase di evoluzione, alterazioni regressive, atrofia e necrosi nel periodo involutivo. I vasi sono più radi e periferici. Il corion è notevolmente ipertrofico per l'infiltrazione, e la proliferazione cellulare. Evolvendosi i follicoli e confluendo tra di loro si ha una necrosi degli elementi cellulari centrali, per cui il contenuto si rammollisce, mentre si ispessisce la parte profonda. Il follicolo scompare o per riassorbimento o per svuotamento, gli elementi cellulari vengono trasformati prima in cellule fusiformi, e poi in fibre connettivali: si ha quindi la cicatrizzazione.

Le differenze tra le due forme si possono basare solo su pochi elementi non solo allo stato di inizio, ma anche allo stato conclamato, e tenendo conto della sintomatologia obiettiva e dei dati anamnestici si deve scartare il preconcetto, che follicolo nei bambini significhi senz'altro *tracoma.*

BALDARI.

La sindrome maligna nelle malattie infantili.

Hutinel (*Bull. Acad. de méd.* e *Revue de médecine*, 1928, n. 8) descrive con tal nome un insieme di incidenti che si osservano nella tifoide, nella scarlattina, nella difterite, nel morbillo, nelle angine ed in alcune infezioni delle vie respiratorie, dell'intestino e della cute.

Compare spesso ai gomiti, ai ginocchi ed alle natiche un eritema polimorfo; si ha un'astenia profonda, disturbi di circolazione abbastanza gravi da dare l'impressione di una miocardite, profonda alterazione dei lineamenti, diarree verdastre o putride, vomiti porracei, alterazioni sanguigne.

Questo insieme di segni è stato attribuito ad insufficienza surrenale. I caratteri più spiccati possono essere la conseguenza di una brusca eccitazione seguita da inibizione del sistema nervoso vagotonico. Il perturbamento sarebbe dovuto a reazioni anafilattiche scatenate da infezioni virulente primitive, secondarie o ripetute in individui più o meno sensibilizzati.

La sindrome si osserva particolarmente nei giovanissimi, in ambienti infettati. La prognosi varia, la frequenza diminuisce con i miglioramenti dell'igiene ospedaliera. Essa deve scomparire mediante un'adatta profilassi.

fil.

Le fluttuazioni dell'appetito nel bambino.

Le fluttuazioni dell'appetito e la tachifagia sono assai frequenti nel bambino. L'anoressia nel poppante è provocata da sovraalimentazione, da mancanza di regolarità nei pasti, da uso prematuro di farine. Essa guarisce con una dietetica razionale, la disinfezione delle vie digerenti con i mezzi fisiologici abituali. Talvolta è in rapporto con l'atonia gastrica.

Rousseau Saint-Philippe (*Bull. de l'Académie de méd.*, 10 luglio 1928) osserva che l'anoressia, nei bambini più grandicelli può essere passeggera e

succedere ad un periodo di bulimia, con ingestione eccessiva di ghiottonerie, oppure è consecutiva ad influenza o ad altra malattia acuta. L'anoressia permanente è in rapporto con una malattia generale (sifilide, tubercolosi, ecc.) o ad affezione delle vie digerenti (costipazione con colite). In quest'ultimo caso, si devono prescrivere dei medicamenti che agiscono sul colon e sul fegato, il quale è sempre deficiente in questi malati. Si prescriveranno il fosfato di sodio ed il salicilato di sodio associati, la tintura di rabarbaro e di ipeca con belladonna, la combretina, il boldo e simili, ed un regime bene adatto.

fil.

L'oppio nella terapia infantile.

G. Blechmann e P. Delthil (*Revue de médecine*, 1928, n. 8) osservano che gli autori i quali si sono occupati della medicazione oppiacea nei bambini sono venuti a conclusioni contradditorie. B. e D., insistono invece sull'utilità che possono presentare le preparazioni oppiacee nei bambini quando siano somministrate a dovere. Per evitare ogni pericolo, basta usare soltanto dei preparati molto diluiti e frazionarli in diverse riprese. La dose di un milligrammo di morfina per anno di età può essere considerata come media; la quantità può del resto variare secondo l'intensità dei sintomi.

Le diverse preparazioni che si possono somministrare sono le seguenti:

Laudano. La dose di 2-3 gocce per anno di età può essere considerata come normale e può anche essere sorpassata. Molto utili sono i clisteri laudanizzati, specialmente in alcuni disturbi intestinali (una goccia di laudano in 5 cucchiaini di acqua; diluire un cucchiaino della miscela a 150 cmc.; per un bambino di 6 mesi; oltre un anno, invece di 1/5 di goccia, si dà 1/2-1 goccia).

Elixir paregorico. 20 grammi corrispondono ad 1 centigrammo di morfina. Si utilizza specialmente nella seconda infanzia, ma può anche essere dato ai poppanti, in alcuni disturbi digestivi a dose di 3-4 gocce dopo ogni pasto.

Sciroppo diacodio. 100 grammi corrispondono ad 1 cg. di morfina. Se ne danno 1-3 cucchiaini al giorno nel primo anno; è troppo poco attivo per poter combattere dei sintomi acuti.

Polvere del Dover. 10 cg. corrispondono ad 1 mg. di morfina. La forma di polvere e l'amarezza ne rendono difficile la somministrazione al bambino. La si utilizza in forma di suppositorio: per un bambino di 3 anni, non oltre 10 cg.

Codeina. Usata come sciroppo di codeina, che contiene 4 cg. di alcaloide per cucchiaio. Ottimo calmante della tosse, da utilizzarsi dopo i 3 anni nelle rinofaringiti, laringiti, tracheiti a dosi di 1-2 grammi di sciroppo per anno, senza passare i 20 g. di alcaloide.

Iniezioni di cloridrato di morfina. Si userà una soluzione a 1/1000, da prepararsi estemporaneamente, iniettandone 1 (ed anche 2) mg. per anno di età.

Cloridrato di morfina e pantopon. Si utilizzerà una soluzione a 1/100, che rende buoni servigi nello spasmo della glottide, nel pilorospasmo, nella pertosse; se ne dà 1-2 gocce per anno di età.

Sciroppo di morfina. 20 g. rappresentano 1 cg. di morfina; in un volume totale di sciroppo di 60 g., se ne prescrivono 1 (o 2) g. per anno di età. Molto utile è l'aggiunta di 1-5 g. (per anno di età) di sciroppo di cloralio.

Papaverina. Ha azione elettiva sulla fibra muscolare liscia ed è molto utile nell'asma, nella pertosse, nel pilorospasmo. È assai meno tossica degli altri alcaloidi dell'oppio. Per ingestione, la si dà a dose di cg. 1-1 1/2 per anno di età; per iniezione, 1/3 a 1/2 cg. È preferibile incominciare con un quarto della dose normale.

Le preparazioni oppiacee così somministrate possono essere di grande utilità, per calmare i dolori puntorii, le coliche viscerali, i dolori di alcune meningiti. Esse arrestano gli spasmi dolorosi della laringite acuta, attenuano il dolore postoperatorio in chirurgia ortopedica, moderano una tosse inutile. Sono anche utili in alcuni stati gravi di asma e di pertosse; la loro azione elettiva sui fenomeni di irritazione intestinale li rende assai giovevoli in molte affezioni del tubo digerente nel poppante e nel divezzo.

fil.

I terrori notturni.

Fare anzitutto attenzione al buon funzionamento del tubo digerente, combattere i disturbi dispeptici e la costipazione; mangiar poco al pasto della sera, evitando la carne; niente vino, nè caffè; evitare di lavorare dopo le 18.

Al mattino, appena alzato ed alle 16, prendere in un po' d'acqua tiepida un cucchiaino da caffè della seguente polvere: Bicarbonato di sodio, Bromuro di sodio, Fosfato di sodio, ana 5 grammi, Lattosio g. 85. Deve durare per 15 giorni.

Al momento di andare a letto, una pillola di Estr. di valeriana cg. 10 con cg. 1-5 di Bromuro di canfora; oppure un infuso di valeriana. Sarà utile anche un bagno tiepido a 38°, per 10 minuti.

Diffidare della merenda e del *tè delle 5;* ad un bambino, dare tutt'al più un biscotto con un po' di marmellata; è dannoso portare degli alimenti in uno stomaco non ancora svuotato.

(*Journ. des praticiens*, 19 genn. 1929).

fil.

MEDICINA SOCIALE.

Le pneumoconiosi professionali dei minatori e degli spaccapietre.

Le pneumoconiosi sono più frequenti di quel che non si creda, ed i loro rapporti con le altre malattie dell'apparato respiratorio richiamano sempre più l'attenzione degli studiosi. Henri de Balzac, Agasse Lafont e Feil (*Presse Méd.*, 22 sett., 1928) hanno studiato accuratamente gli operai addetti ad una importantissima pietraia, ed esercitanti questa professione da un tempo alquanto lungo; essi sono venuti alle seguenti conclusioni:

1) Le manifestazioni cliniche più frequenti sono la tosse e la espettorazione ed esse si trovano presenti nell'80 % dei casi. Un po' più di rado si rivelano dei segni fisici bene obiettivabili: solo nel 60 %;

2) hanno grande importanza gli esami radiologici che possono mostrare con una certa frequenza delle anomalie o svelare delle sorprese;

3) solo in casi rari l'esame batteriologico svela una tbc. e precisamente gli AA. la trovarono solo in 2 su 24 casi. L. TONELLI.

Dermatosi dei verniciatori.

A. Filippini (*Ann. d'Igiene*, giugno 1928) descrive parecchi casi di dermatite da lui osservati tra gli operai verniciatori delle Ferrovie di Stato italiane. La localizzazione del processo mostravasi prevalentemente alle parti scoperte degli arti superiori (faccia dorsale delle mani, parte volare degli avambracci), le unghie erano quasi sempre colpite e si notava inoltre una maggiore frequenza delle lesioni all'arto destro in confronto di quello sinistro.

L'A., passando in rassegna la letteratura su casi analoghi osservati in altri paesi e particolarmente in Germania, per uso di tetralina e decalina (componenti essenziali della cosidetta « acqua ragia tecnica »), e negli Stati Uniti (Cincinnati) in seguito ad impiego di « trementina di legno » (*wood-turpentine*); basandosi inoltre su esperienze da lui eseguite in cavie (mediante essenza di trementina pura, decalina, acqua ragia tecnica, solvente volatile delle vernici) ed, infine, rimarcando la coincidenza delle manifestazioni dermatosiche coll'impiego dell'acqua ragia suddetta, è tratto a considerare quest'ultima sostanza come uno dei fattori eziologici essenziali del processo morboso in questione.

È da osservarsi infatti come le lesioni insorgano dopo un certo tempo dall'inizio dell'occupazione dell'operaio e come regrediscano allontanando quest'ultimo da lavori di verniciatura. Rilevasi tuttavia come il fattore costituzionale, in senso idiosincrasico, abbia non dubbia importanza per lo sviluppo della dermatosi, non venendo colpiti tutti indistintamente gli operai sottoposti alla stessa causa irritante, agente per contatto o per impregnazione dell'aria con vapori terebentinosi acri od analoghi.

Oltre a norme ovvie di profilassi ambientale (efficace ventilazione, ecc.) ed individuale (adozione di camici da lavoro in buono stato di pulizia, spalmatura delle mani e degli avambracci, innanzi di porsi al lavoro, con unguento a base di lanolina; esclusione di qualsiasi detersivo a scopo di pulizia ed uso invece di sapone ipergrasso, ecc. ecc.), l'A. riterrebbe necessaria la selezione di coloro che intendessero fare i verniciatori, eliminando quelli che presentassero lesioni cutanee o risultassero affetti da seborrea, prurigine, o con cute anemica. TEGONI.

VARIA.

Studenti d'oggi.

La « Fiera Letteraria » di Milano ha iniziato un interessante Referendum fra spiccate personalità dell'alta cultura per conoscere qual'è la psicologia degli studenti universitari d'oggi. Fra le numerose risposte pervenute al periodico, è quella del prof. Cesare Cattaneo, di Clinica pediatrica nella R. Università di Milano.

« Non ho esperienza da 30 anni — egli scrive — che degli studenti di medicina e più esattamente degli studenti più prossimi alla laurea.

Ho l'impressione che la gioventù del dopoguerra sia meno gaia e più pensosa dei problemi sociali e morali che non lo fosse quella di anteguerra. Assai minore il numero dei posanti a scetticismo, assai più diffuso il senso religioso nella più elevata espressione della parola.

In molti osservai il desiderio di attività scientifica, ma quasi tutti sono subito dopo la laurea spinti dalla necessità della vita alla ricerca dell'immediato guadagno. Le condizioni le quali verrebbero offerte a coloro che volessero proseguire nella carriera scientifica sono così misere ed aleatorie che solo a ricchi è praticamente possibile accettarle: e non sono sempre i meglio dotati intellettualmente.

La carriera significa per la quasi totalità guadagno rapido e notevole, e vita in città: male si rassegnano i più all'esercizio della professione in zone rurali. Non mi pare diano grande importanza, nè prendano molto interesse allo sport ed alla letteratura: piuttosto diffusa la passione della musica.

La profonda differenza che io noto colla gioventù di anteguerra è il rispetto per i Maestri, il senso di fede nella eguaglianza della scienza italiana colla scienza di oltre Alpe, l'orgoglio di essere e di dimostrarsi in ogni occasione Italiani ».

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE

XIII. - Modificazione e soppressione di condotte: dispensa dal servizio.

Generalmente è riconosciuto alle amministrazioni pubbliche il potere di riordinare gli uffici e di modificare le condizioni del rapporto d'impiego, salvi i diritti quesiti (stipendi, pensioni, ecc.) per obbiettive necessità dei servizi pubblici. S'intende che questo potere deve essere esercitato con le forme stabilite dalla legge e per *necessità obbiettive*.

Pongasi che il Comune sopprima una condotta, considerandola esuberante. Questo provvedimento è soggetto all'approvazione dell'autorità tutoria. L'interessato può ricorrere contro di esso, cioè contro la deliberazione della G. P. A., in sede gerarchica, al Ministero dell'Interno, nel termine di giorni 15, salvo il ricorso al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale. Questo giudizio può riguardare la legittimità del provvedimento di soppressione e, in sede gerarchica, anche la *opportunità* di esso. Non diverso è il caso di una modificazione delle circoscrizioni.

Qualora si provveda alla soppressione di una condotta, ne deriva normalmente la conseguenza della necessità di dispensare il titolare di essa, essendo soppresso il posto.

Dal punto di vista dei rimedi giuridici è da avvertire che, contro la dispensa, è ammesso ricorso alla G. P. A. in s. g. nel termine di giorni 30. Con questo ricorso si possono dedurre motivi attinenti alla legittimità della dispensa anche per *la causa* di essa, cioè motivi inerenti al provvedimento di soppressione. In tal caso, però, l'azione non è diretta contro questo provvedimento, del quale perciò non si chiede l'annullamento; ma l'interessato agisce contro la dispensa dal servizio, la quale presuppone un atto legittimo che sopprima il posto. L'organo giurisdizionale, competente a conoscere del licenziamento, deve anche giudicare se questo ha *causa* legittima, cioè se il provvedimento di soppressione è valido ed efficace. E, come sarebbe dichiarata inapplicabile una norma regolamentare che fosse per es., contraria alla legge, così, nel caso di un giudizio che ha per oggetto la dispensa dal servizio, l'organo competente può dichiarare inapplicabile perchè invalido o inefficace, il provvedimento di soppressione, senza però annullarlo.

Qualora due siano le condotte e sia dispensato uno dei titolari, se questi ricorre deve notificare l'atto non soltanto al Comune, ma anche all'altro titolare che è interessato alla controversia, come ha riconosciuto la V Sezione del Consiglio di Stato con decisione 7 dicembre 1928 n. 623, perchè se il ricorso fosse accolto, egli potrebbe esserne pregiudicato.

Anche agli effetti pratici, conviene insistere sulla differenza dei due provvedimenti che concernono la soppressione o la modificazione della condotta e la dispensa dal servizio. Il primo, come si è detto, è impugnabile in sede gerarchica; l'altro è definitivo. Questi criteri, dei quali abbiamo già fatto esplicazione, sono stati confermati dal Consiglio di Stato con la decisione 23 novembre 1928 n. 578.

Ma la dispensa dal servizio non è sempre conseguenza *necessaria* della soppressione di una condotta. Se, per es., cessa un posto, che è vacante, non può perciò essere licenziato il titolare di un'altra condotta. Se è soppresso un posto, del quale è titolare un medico condotto, e nel Comune c'è un'altra condotta vacante, non si verifica un caso di dispensa, perchè, pur essendo designata una determinata circoscrizione nell'atto di nomina, il medico condotto è impiegato del Comune per servizio di assistenza sanitaria.

Pongasi che siano state costituite due condotte (l'una per il capoluogo; l'altra per la frazione) e sia soppressa quest'ultima; pongasi che la prima sia sede vacante e l'altra abbia un titolare. È da ritenere che in tal caso non sia legittimo il licenziamento dell'unico medico condotto, il quale conserva impregiudicata la sua posizione di stabilità, per la più ampia circoscrizione, salva la determinazione del corrispettivo.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CULTURA SUPERIORE.

Le Università e il regime fascista.

Con questo titolo *L'Università Italiana* pubblica un articolo nel quale il Senatore prof. G. B. Queirolo espone la posizione delle scuole universitarie di fronte all'avvento del fascismo, e preconizza l'incremento che dal nuovo fatto storico esse attendono.

« L'Università italiana — scrive l'insigne cli-« nico — ha avuto ed ha, troppo spesso, una cat-« tiva stampa, e per mio convincimento non lo « merita; è sospettata di non essere sinceramente « fascista se pure non è ritenuta, da molti, più « che afascista, antifascista; ed io credo sia so-« spetto immeritato.

« A critiche ed opinioni di carattere tecnico, « che il Duce ha sempre autorizzato e desiderato, « si è dato, ingiustamente, il significato di inspi-« razione antifascista; di qui la diffidenza verso i « reali sentimenti del mondo universitario.

« Chi, come me, vive intimamente della vita « universitaria ed in questa ha portato, fin dal-« l'alba del fascismo, una ardente fede liberamen-« te manifesta anche nel tempo delle dure prove « attraversate dal fascismo, non può non sentire « grande amarezza per questa accusa che non era « lecito generalizzare se pure ad essa hanno po-« tuto dare qualche fondamento, nei primi tempi « del nuovo regime, alcune parziali manifesta-« zioni, che furono, per gli uomini di scienza e di « buona fede, più la conseguenza della sorpresa « e della incredulità verso la possibilità che il « genio ed il patriottismo di un Uomo, ed il fa-« scino di una idea, sia pure alta e luminosa, « quale era quella che sorgeva col fascismo, po-« tessero trionfare del pervertimento della co-« scienza italiana deviata dall'imperversare della « demagogia, e mutare, come per miracolo, la « mentalità di tutto un popolo, che non la espres-« sione di un sentimento di inesplicabile ed im-« possibile avversione verso l'annuncio di una « redenzione politica della nazione; solo coloro che « in quello annuncio potevano presentire il crollo « dell'edificio demagogico e massonico, al quale « erano legati da torbidi interessi, potevano con-« cepire una simile avversione: ma questi inte-« ressi non erano quelli della grande famiglia « universitaria italiana, la quale, se fu sempre « partecipe a tutte le manifestazioni patriottiche, « si mantenne sempre estranea ed avversa a tutte « le manifestazioni demagogiche ».

L'A. quindi critica l'affermazione che per fascistizzare le Università è necessario affrontare un periodo di abbassamento della cultura, in attesa che la cultura del tempo fascista si affermi e che occorre sfollare le Università senza misericordia nè per i professori nè per la cultura.

« L'alta cultura italiana — oppone lo scrittore « — decadrebbe inesorabilmente quando alle cat-« tedre fossero assunti docenti non preparati al-« l'alto compito; sulla Scienza, che in Benito Mus-« solini ha un cultore e un maestro sommo, si « è consolidato il superbo edificio del nuovo re-« gime fascista, così da suscitare l'ammirazione « del mondo; senza il saldo fondamento scienti-« fico non avrebbe potuto affermarsi e durare il « regime fascista, nè durerebbe se un tal fonda-« mento gli fosse tolto. Il riconoscimento del con-« tenuto scientifico del regime fascista ha avuto « una recente sanzione anche all'estero; dall'Uni-« versità di Würzburg fu accettata e discussa una « tesi di laurea che ebbe per oggetto le origini « e lo sviluppo della rivoluzione fascista italiana.

« Il Duce in un recente discorso ai giornalisti « disse che la tessera fascista non conferisce il « talento artistico; certamente Egli pensava in « quel momento che tanto meno conferisce la « cultura, necessaria a tener alto il prestigio scien-« tifico di un Paese.

« E, con grande assennatezza, scriveva recente-« mente un ardente e colto fascista, il prof. Chiur-« co, che era necessario, per arrivare alla carriera « universitaria, essere passati attraverso ad un « periodo di sacrificio, di prova, di preparazione « e di studio; non si può divenire professori di « Università specialmente nel campo delle scienze « sperimentali, senza aver fatto degli anni di as-« sistentato e, quindi, di lavoro raccolto e serio « nelle biblioteche e nei laboratori; bisogna, per-« ciò, andare molto adagio nel giudicare coloro « che hanno passato molta parte della loro vita « nello studio, sacrificandosi per anni ed anni, « ed hanno raggiunto, attraverso concorsi e titoli « di studio, le cattedre universitarie.

« Pasteur imputò coraggiosamente alla impre-« parazione scientifica della Francia i suoi disastri « della guerra del 1870.

« Un abbassamento dell'insegnamento dovuto « all'allontanamento dei Maestri delle Università « ed alla elevazione alle Cattedre Universitarie di « giovani impreparati, si ripercuoterebbe su tutta « la cultura italiana, e non di una sola genera-« zione, ma di molte generazioni; perchè oltre a « fare degli allievi imperfetti i Maestri immaturi « non potrebbero nè saprebbero preparare i Mae-« stri dell'avvenire; le Università italiane ritorne-« rebbero addietro di sessanta anni, quando in « Italia erano chiamati ad insegnare professori « stranieri, e gli studiosi italiani dovevano recarsi « alle Università dell'estero per procurarsi una « cultura adeguata ai progressi che la scienza ave-« va fatto presso altre Nazioni, e per prepararsi « all'insegnamento nelle nostre Università. Nel « programma del Fascismo è la redenzione del-« l'Italia da tutte le influenze straniere; il fervore « di studi e di ricerche scientifiche che si mani-« festa nei nostri Istituti universitari riceverà « nuovo, vigoroso impulso quando alle Università « italiane ed ai loro Maestri siano ridonate la sim-« patia e la considerazione che essi meritano per « i loro sentimenti patriottici ».

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AOSTA. *Amministrazione Provinciale.* — Due posti: Direttore Sez. Medico-Micrografica e Direttore Sez. Chimica dei Labor. Provinc. di Igiene e Profilassi. Stip. L. 12.000, aument. di un ventes. per ogni biennio e per dieci bienni. Supplem. serv. att. L. 3000, compartec. contravv. e 25 % prov. ricerche, analisi, ecc. Scaden. 30 aprile. Informazioni e domande alla locale Segret. Gener. Amministrazione Provinciale.

AREZZO. — Scad. 12 apr.; 2ª cond.; L. 8000 e 4 quadrienni dec.; c.-v.

BERNEZZO (*Cuneo*). — Scad. 30 apr.; L. 8000 oltre L. 700 uff. san. e L. 500 trasp.; ab. 3400; pov. 150.

BORGOUNITO (*Bergamo*). — Scad. 9 apr.; L. 8000 e 5 quinquenni di L. 900, oltre L. 1000 uff. san., c.-v., L. 3000 trasp.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

CASTRI DI LECCE (*Lecce*). — Scad. 30 apr.; lire 9500 e 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

CUNEO. *R. Prefettura.* — Uff. san. del Consorzio di Saluzzo, comprendente 5 comuni. Scad. 20 apr.

CUNEO. *Amministraz. Provinc.* — Direttore della Sez. Med.-Micrograf. del Laborat. Provinc. d'Igiene e Profilassi sociale. Scad. 13 apr.

GORIZIA. *Amministraz. Provinciale.* — Assistente presso la Sez. Med.-Micrograf. del Laborat. Provinciale d'Igiene e Profilassi; L. 10.000 oltre lire 2000 serv. att., L. 1200 indenn. provvisoria e c.-v. Scad. 13 apr.

LUINO (*Varese*). — V. Varese, R. Prefettura.

MANTOVA. *R. Prefettura.* — Uff. san. e medico capo dell'Uff. d'Ig. del capoluogo; L. 13.500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 2500 indenn. carica, c.-v. pei coniugati, compensi con minimo garantito di L. 5000; divieto esercizio profess.

MILANO. *Istituti Ospitalieri.* — Assistente dell'Ambulat. Com. curativo antituberc.; detto, dell'Ambulat. Com. Oftalmojatrico. Rispettivamente L. 5000 e L. 2400; obbligo 2 e 3 ore servizio giornaliero, escluse le domeniche; età lim. 39 e 35 a. Nom. annua e 2 conferme biennali. Tassa L. 50. Scad. ore 16 del 16 apr. Rivolgersi Ufficio di Protocollo, via Ospedale 5.

MONCESTINO (*Alessandria*). — Scad. 15 apr.; con Villamiroglio; L. 9000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 500 uff. san., L. 1800 cavalc.; età lim. 45 a.

NAPOLI. *R. Stabilimento dell'Annunziata.* — Assistente chirurgo addetto alla maternità; età 25-30 a. al 13 mar.; scad. ore 15 dell'11 apr.; nom. quinquennale; eventuale conferma; L. 3000 (*sic*) lorde; tassa L. 50.

OFFIDA (*Ascoli P.*). — A tutto 15 apr.; 1ª cond. (interna); L. 7700 soggette a eventuale riduzione, oltre L. 500 indennità e L. 300 Carcere; 10 bienni ventes.; obbligo serv. ospedaliero; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi dal 28 feb.

PADOVA. *Spedale Civile.* — Assist. effett. nei reparti per tubercolosi; L. 5500; 2 bienni dec.; camera con obbligo di pernottarvi; medaglie lire 30; scad. ore 18 del 10 apr.; età mass. 30 a.; doc. a 3 mesi dal 10 mar. Chied. annunzio.

PIOMBINO (*Livorno*). — Scad. 15 apr.; 5ª condotta; L. 9000 e 5 quadrienni dec., c.-v., L. 4000 cavalc.; età lim. 40 a.; tassa.

ROCCAPIEMONTE (*Salerno*). — L. 6500 e quattro quadr. decimo. Scad. entro 50 giorni dal 14 marzo. Tassa L. 50,10.

ROMA. *Governatorato.* — Direttore dell'Ufficio di Igiene e ufficiale sanitario della città di Roma. Proroga 20 maggio.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — Concorsi per esami e titoli a 14 aiuti medici, 7 aiuti chirurghi e 3 aiuti patologhi; scad. ore 16 del 5 giu. Età lim. 35 a. Due anni di assistentato negli Ospedali Riuniti di Roma e dichiarazione finale di idoneità. Tassa L. 50. Stip. L. 7300 oltre c.-v. Rivolgersi Segreteria. Chiedere annunzio.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni.* (*Ferrovie dello Stato*). — Concorsi per titoli ai seguenti posti di Medico di riparto:

Siena III (Firenze), Civitella Paganico, Spezia I (Pisa), Castiglione in Teverina (Roma), Vibonati (Salerno), Montegiordano (Taranto), S. Germano Vercellese (Torino), Vittuone (Torino), Dueville (Venezia). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 25 aprile 1929.

Monopoli (Bari), Argenta (Bologna), Apice S. Arcangelo, Castel Lagopesole (Foggia), Pavia II (Milano), Pagani-Scafati (Napoli), Ribera I (Palermo), Vipiteno (Trento), Monfalcone (Trieste). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 30 aprile 1929.

SAN VITO AL TAGLIAMENTO (*Udine*). *Ospedale Civile di S. Maria dei Battuti.* — Al 30 apr., ore 18; medico; titoli; L. 5000 e 6 quadrienni dec., oltre L. 500 serv. att. e 10 % tariffa atti operatori. Rivolgersi Segreteria. Età lim. 30 a. Doc. a 3 mesi dal 7 mar. Chied. annunzio.

SAVONA. *Amministraz. Provinc.* — Direttore della Sez. Med.-Micrograf. del Laborat. Provinc. di Igiene e Profilassi; proroga 15 apr.; stip. L. 15.000 e 5 trienni dec., oltre L. 2800 indenn. serv., c.-v.

SELVA DI CADORE (*Belluno*). — Interino tre mesi. Consorzio con Colle S. Lucia. Distanza 3 Km. Popolazione compless. 1600. Probab. nomina definitiva. Stipendio L. 17.000 annue, oltre caro-viv. Richieste di inform. e domande al R. Commissario Prefettizio in Selva di Cadore.

SINAGRA (*Messina*). — Al 15 apr., ore 12; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 2000 trasp., L. 500 se uff. san.; età lim. 35 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 5 mar. Ab. 4323, di cui 1408 nel capol.

SPEZIA. — Scad. 12 apr.; 2 medici comunali; L. 8200 e 10 bienni ventes., c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

SUTRI (*Viterbo*). — Scad. 35 giorni dal 20 mar.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10; L. 9500, compreso ambulat. e direz. ospedale; 5 quadrienni dec.; L. 400 uff. san.; compenso speciale Consorzio antitbc. Chied. annunzio.

Taranto. *Ospedale Civile.* — Scad. 20 apr., ore 12; 3 medici di guardia; L. 8000. Rivolgersi Segreteria.

Varese. *R. Prefettura.* — Uff. san. e capo dell'Ufficio d'Igiene di Luino; scad. 30 apr.; L. 5000 e 5 quadrienni dec., oltre compensi speciali; divieto servizio presso altri Enti Morali Pubblici; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10, al Tesoriere comun.; doc. a 3 mesi dall'8 mar. Chied. annunzio.

Vercelli. *Amministrazione Provinciale.* — Presso il Laboratorio di Igiene e Profilassi, Sezione Medico-Micrografica; titoli ed esami. Direttore: L. 19.000 oltre indenn. L. 3000; Coadiutore: lire 17.000 oltre indenn. L. 2000; Assistente: L. 10.000 oltre indenn. L. 2000. Sei quadrienni decimo. Scad. 10 maggio. Chiedere avviso alla locale Segreteria dell'Amministrazione Provinciale.

Verona. *Consorzio Provinc. Antitubercolare.* — Direttore Tecnico Sanitario dei Servizi Anti-tbc.; L. 24.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 serv. att.; età lim. 31-40 a.; tassa L. 50,15. Divieto eserc. profess.

Villasimius (*Cagliari*). — Cond. med. per titoli. Stipen. e caro-viv. annuo lorde L. 10.000 e L. 840 rispettive più L. 500 uff. sanit. Età infer. anni 40 salvo siasi prestato servizio altre condotte. Quattro aum. quinq. decimo. Docum. rito. Tassa conc. L. 50,15. Scadenza 25 maggio. Per chiarimenti scrivere locale Segreteria Comunale.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

Concorsi a premi.

Lega francese contro il pericolo venereo.

Ha indetto due concorsi a premi di fr. 5000 ciascuno per lavori originali di venereologia. I lavori devono essere scritti in francese, in triplice esemplare. L'anonimato è obbligatorio. Scad. 1° ottobre 1930. Per le altre condizioni rivolgersi alla sede sociale (Ligue nationale française contre le péril vénérien, rue de Lisbonne 44, Paris 8e).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Otto Steurer, dell'Università di Tubinga, è chiamato alla cattedra di oto-rino-laringologia di Rostock.

Il prof. Karl Reuter, dell'Università di Amburgo, è chiamato alla cattedra di medicina legale di Breslavia.

Il prof. Rochat è nominato direttore dell'Ospedale Ginecologico Cantonale di Losanna, in sostituzione del compianto prof. Rossier.

Il dott. Oskar Bernhard di St. Moritz, considerato come il fondatore dell'odierna elioterapia, è nominato dottore *honoris causa* dalla Facoltà scientifica dell'Università di Francoforte.

PROFILI.

EMIL VON BEHRING.

Il 15 marzo u. s. si è compiuto il 75° anniversario della nascita di Emil von Behring, uno dei più grandi benefattori dell'umanità intera.

Se l'umanità infatti oggi è ben armata a combattere la difterite, tutto il merito è di E. Behring.

Figlio di una famiglia numerosa, riuscì a compiere gli studi medici, con l'aiuto dei suoi maestri, che gli fecero ottenere delle borse di studio. Conseguita la laurea, poteva entrare nell'esercito tedesco, in qualità di medico militare, per uscirne però qualche tempo dopo per dedicarsi, seppure in condizioni finanziarie le più precarie, agli studi che egli vagheggiava.

Dotato di forte inclinazione per le ricerche scientifiche e di uno spirito sorprendente di osservazione, nel 1882 Behring già esponeva alcune sue nuove idee sull'azione dei mezzi batterici, da dove poi dovevano originarsi le sue ulteriori scoperte.

Otto anni dopo infatti, Behring annunciava la sua sensazionale scoperta della sieroterapia, per la quale il siero sanguigno di un animale guarito di una malattia, possiede la facoltà di guarire altri animali della stessa malattia. Applicando tale nozione all'uomo, per la difterite, l'anno dopo Behring, nella clinica di von Bergmann, salvava con il suo siero antidifterico, per la prima volta, dei bambini affetti da difterite.

Gli intrighi avversari ed invidiosi non riuscivano ad arrestare la marcia trionfale della sua grande scoperta, chè anzi, in breve, da tutte le parti del mondo, i felici risultati del siero antidifterico ricevevano piena conferma.

A poca distanza di tempo, in collaborazione con Kitasato, Behring riusciva a preparare un altro siero curativo, quello antitetanico, dello stesso valore per l'umanità, dimodochè i due grandi flagelli, la difterite ed il tetano, che fino allora facevano stragi, erano definitivamente debellati.

S'imponeva allora il grave problema della produzione di questi sieri su grande scala, per soddisfare ai bisogni di tutto il mondo, ed è perciò che Behring nel 1904 fondava a Marburg sur Lahn, i suoi Istituti, modelli di ricerca, ed i suoi Laboratori, per la produzione dei sieri, che più tardi riuniva sotto il nome di Behringwerke, da lui diretti fino alla sua morte.

Behring ebbe la rara fortuna di raccogliere, ancora vivente, la consacrazione universale della sua opera. L'Institut de France e l'Académie de Médecine de Paris, già nel 1890, gli decretavano numerosi premi in danaro, il governo francese lo nominava cavaliere della Legion d'Onore, quello italiano commendatore della Corona d'Italia, quello inglese, gli assegnava la grande medaglia d'oro « Harbem » e lo nominava membro onorario del Royal Institut of Public Health.

Quando nel 1901, per la prima volta veniva assegnato il Premio Nobel, fu a Emil von Behring che fu conferito, come al più grande ricercatore del mondo nel dominio della medicina.

In patria, la scienza e la vita pubblica, non tardarono a rendergli gli onori dovuti. Membro di

tutte le accademie tedesche, nel 1903 fu nominato « Wirklicher Geheimrat » con il titolo di Eccellenza.

Egli morì, troppo presto per l'umanità, il 31 marzo 1917. Il suo corpo riposa in un mausoleo a Marburgh/Lahn, ma malgrado questa tomba, la sua opera vive e cresce.

A. P.

NOTIZIE DIVERSE.

Alla Reale Accademia d'Italia.

Con Decreto Reale, su proposta del Capo del Governo e del Ministro della P. I., sono stati nominati i primi trenta membri della Reale Accademia d'Italia.

Nella classe delle Scienze Fisiche, Matematiche e Naturali figura il prof. Filippo Bottazzi.

Il Bottazzi è nato a Diso (provincia di Lecce) il 23 dicembre 1867. Nominato professore di fisiologia a Genova nel 1904, passò poi ad insegnare la stessa materia alla Università di Napoli, della quale fu anche Rettore dal 1924 al 1927.

Il Bottazzi è socio dell'Accademia dei Lincei e di molti fra i più importanti Istituti scientifici, nazionali e stranieri; rese servizi segnalati durante la guerra quando fu delegato italiano nella Commissione Interalleata per gli approvvigionamenti ed è stato benemerito componente del Consiglio Superiore della P. I.

Ha pubblicato molti studî, principalmente di chimica fisiologica e di chimica applicata alla biologia, e le sue ricerche valsero a fissare nuove leggi e teorie, di cui talune, comunemente accolte, portano il suo nome. A lui si debbono inoltre parecchie memorie sulla fisiologia dei muscoli striati e lisci, per le quali conseguì, nel 1916, il Premio Reale dei Lincei. I suoi contributi alla scienza biologica e le sue scoperte trovano ampia illustrazione e documentazione in oltre 300 lavori, di cui i più importanti sono: un Trattato di chimica fisiologica (tradotto anche in tedesco); un Trattato di chimica; « Das Cytoplasma u. die Korpesafte »; Fisiologia dell'alimentazione (in due volumi).

Per la Reale Accademia d'Italia.

La Società Edison di Milano, la quale non ha mai dimenticato i vincoli che legano la sua vita economica alla scienza, ha voluto mettere a disposizione dell'Accademia d'Italia la somma capitale di lire dieci milioni in Consolidato italiano 5 per cento. Il reddito dovrà assegnarsi parzialmente all'istituzione di premi o borse di perfezionamento all'estero, o viaggi d'istruzione, o missioni di ricerca, come piacerà all'Accademia di stabilire; come pure, e preferibilmente, riservarsi alla convocazione annuale o biennale di un ristretto numero di studiosi italiani e forestieri, venuti in chiara fama in determinate branche del sapere umano, affinchè discutano di un particolare argomento, tempestivamente prefissato dall'Accademia, e preferibilmente scelto per turno dalle quattro classi di cui è formata. Le riunioni dovrebbero tenersi in località italiane, particolarmente indicate per fama di bellezza e di eventi, e gli invitati dovrebbero essere esonerati da qualsiasi spesa.

La Edison ha pure deciso di aumentare le dotazioni del Politecnico milanese, con una annualità di L. 500 mila, impegnativa per 10 anni consecutivi.

Il Capo del Governo ha ringraziato il presidente della Società Edison on. Giacinto Motta, per la generosa offerta, della quale si è vivamente compiaciuto. Altrettanto hanno fatto il ministro della P. I. on. Belluzzo e il presidente dell'Accademia sen. Tittoni.

Accademia Lancisiana di Roma.

Il 14 marzo ha avuto luogo presso l'Ospedale di S. Maria della Consolazione la V Seduta ordinaria dell'Accademia Lancisiana di Roma.

Il presidente prof. Ermanno Fioretti aperta la seduta diede subito la parola al prof. Bellussi, il quale parlò sullo sviluppo fisico di un gruppo di alunni delle scuole di Roma specialmente nei riguardi delle condizioni sociali. Seguì il prof. Di Marzio il quale illustrò alcuni casi di celluliti orbitarie da sinusiti subacute. Il prof. Antonelli parlò della plasmochinoterapia della infezione malarica. Il dott. Luzzatto Fegiz infine dimostrò con proiezioni alcune particolarità radiologiche della tubercolosi polmonare.

Particolarmente apprezzate per l'alto valore sociale furono le comunicazioni dei proff. Bellussi e Antonelli.

Parteciparono alla discussione i proff. Pecori, Arcangeli, Piperno e Mancini.

Prima di chiudere la seduta il vice-presidente prof. Margarucci a nome dei soci dell'Accademia presentò al presidente prof. Fioretti con le più vive congratulazioni i migliori auguri per la sua designazione da parte del Gran Consiglio a candidato alle prossime elezioni politiche; propose inoltre l'invio di telegrammi augurali ai proff. Arnaldo Fioretti e Perna ed ai proff. Bastianelli e Versari per la loro rispettiva designazione a deputati e a senatori.

La proposta fu accettata all'unanimità dall'assemblea.

Sistemazione della Croce Rossa Italiana.

Sotto la presidenza del sen. Cremonesi si è adunato il Consiglio direttivo del Comitato Centrale della Croce Rossa Italiana. Il nuovo presidente ha esposto come in questi quattro mesi egli sia riuscito a procurare all'Associazione i mezzi finanziari per iniziare la restaurazione del suo bilancio ed a dare un più completo assetto alla sua organizzazione centrale e periferica. Ha poi affermato che la « giornata della Croce Rossa », il contributo annuo del Ministero delle Corporazioni per intensificare la lotta antitubercolare e altri rilevanti provvedimenti finanziari da lui sollecitati ed ottenuti, dimostrano l'appoggio che il Governo concede alla nuova Amministrazione. La sua attività tende sempre a preparare i più alti sviluppi perchè l'Associazione possa collaborare efficacemente alla redenzione fisica della razza secondo il volere del Capo del Governo.

Milizia e Croce Rossa.

Il sen. Cremonesi, presidente della Croce Rossa Italiana, ha voluto, con disciplina fascista, e con alta comprensione dei compiti dell'Associazione da lui presieduta, offrire alla Milizia Volontaria

per la Sicurezza Nazionale, una collaborazione piena e fattiva, per i casi di pubbliche calamità.

Tale cordiale intesa, mentre da un lato renderà più efficace l'azione della M. V. S. N., darà modo alla C. R. I. di poter sviluppare le proprie attività, integrando sapientemente il numeroso personale dell'una con la ricchezza del materiale e della attrezzatura tecnica dell'altra. Questa felice iniziativa è stata resa nota e saggiamente commentata da una recente circolare che il capo di S. M. della Milizia gen. Teruzzi ha diramato a tutti i comandi dipendenti.

In detta circolare oltre ad essere posto in giusto rilievo l'opera umanitaria e sociale della C. R. I. è fatto caldo appello ai sentimenti di benevolenza e di cameratismo di tutti i gerarchi e militi perchè sia stimolata ed effettuata su larga scala la iscrizione a soci della C. R. I.

Per le assicurazioni operaie.

In sei anni il Regime fascista, non solo ha ristabilita una perfetta disciplina nelle condizioni del lavoro a profitto anche delle classi operaie, protette dalla Carta del Lavoro e dalle sue pratiche applicazioni, ma ha stabilite e amplificate numerose forme di protezione sociale che trovano la loro più chiara manifestazione nel bilancio annuo complessivo delle varie provvidenze a favore dei lavoratori. Tali provvidenze costituiscono una spesa annua di 1 miliardo e 308 milioni di lire, così ripartite: invalidità, vecchiaia e disoccupazione L. 600.308.421; assicurazione contro gli infortuni nell'industria L. 293.668.683; assicurazione contro gli infortuni nell'agricoltura 26.448.367 lire; assicurazione contro le malattie L. 33.769.147; assicurazione contro la tubercolosi L. 300.000.000; concorsi finanziari dello Stato per varie altre forme di assicurazione operaia L. 53.961.468.

Le opere del Regime a Ragusa.

A cura della Congregazione di Carità, è in costruzione a Ragusa (Sicilia), un Ospedale che sarà intitolato a Benito Mussolini, su progetto dell'ing. Caterina, autore del grandioso Ospedale del Littorio in Roma.

Il mutuo, nella misura di due milioni e mezzo, venne concesso dal 1927, col sussidio statale.

L'Ospedale è progettato con criterî modernissimi, tali da renderlo un gioiello di tecnica; avrà gabinetti scientifici, gabinetti di cure fisiche, sale operatorie, sale anatomiche, ambulatori, sale d'aspetto per i visitatori, ecc.

Tra gli altri lavori d'indole igienica compiuti sotto il Regime a Ragusa, segnaliamo anche la costruzione di un grande acquedotto, la sistemazione delle fognature cittadine, ecc.

Stazioni sanitarie nell'Agro Romano.

In considerazione della necessità di assicurare il miglior funzionamento possibile sanitario nel territorio dell'Agro Romano, il Governatore ha stabilito di procedere, gradualmente, alla costruzione di stazioni sanitarie, in modo anche da assicurare ai medici dell'Agro una discreta abitazione. Frattanto, ha disposto la costruzione di tre stazioni sanitarie nelle località: Coazzo, Castel di Guido e Casalozzi di Porcareccia (per l'importo complessivo di 750.000 lire).

Il corso di perfezionamento nella Clinica della tubercolosi.

Nell'aula della R. Clinica Pediatrica, il prof. on. Eugenio Morelli ha tenuto alla presenza di un numeroso uditorio la sua ultima lezione del Corso di Perfezionamento nella Clinica della Tubercolosi e delle Malattie dell'Apparato respiratorio.

Il Corso, semestrale, è stato svolto nell'Istituto « Benito Mussolini » per iniziativa della Confederazione Generale Fascista dell'Industria e della Confederazione Nazionale per le Assicurazioni Sociali, e vi hanno insegnato una schiera di professori, fra i più illustri dell'Università di Roma e di tutta l'Italia.

Dopo la lezione il dott. Luigi Belliotti, da Catanzaro, a nome dei colleghi del Corso, ha rivolto all'on. Morelli un vibrante saluto, rilevando come, all'invito della Confederazione Generale Fascista dell'Industria, la classe medica sia accorsa numerosa da ogni più remoto angolo d'Italia, per potere, attraverso il severo tirocinio di un semestre d'insegnamento impartito da tanti illustri cultori della tisiologia, acquistare quella maggiore capacità tecnico-professionale, necessaria ad affrontare nella Nazione il nuovo posto assegnatole dalla legge di assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi.

Un altro oratore, a nome degli ufficiali della Croce Rossa iscritti, ha pronunziato brevi parole.

Quindi il prof. Morelli, con calda improvvisazione, ha sintetizzato l'opera svolta da lui e dai suoi illustri collaboratori, ai quali ha mandato il suo personale ringraziamento e dopo aver detto di essere lieto di constatare come l'opera da lui compiuta e da tutta la Scuola, abbia veramente prodotto i frutti che egli si attendeva, così ha concluso:

« Sappiate che per me è una gioia che voi questo abbiate compreso, che questo Istituto che si intitola al nome glorioso del Duce, deve servire a una comunione di spiriti fra noi insegnanti e voi medici, militi della lotta di redenzione voluta da Benito Mussolini.

Il nome del mio Maestro, dell'indimenticabile Carlo Forlanini, mi dà lena nel mio lavoro di studioso e di insegnante; il nome del Duce, al quale ho voluto fosse intitolato questo Istituto, ritempra la fede, che io sono lieto di vedere trasfusa in voi, e da questa meravigliosa fattività comune la rigenerazione fisica dell'Italia nostra ci riassicurerà nel mondo il primato millenario tenutovi da Roma immortale ».

Una calorosa manifestazione saluta la fine del discorso dell'on. prof. Morelli, al quale in ultimo, viene, quale omaggio di gratitudine, offerto un artistico simbolico bronzo, e un ricco album coperto delle firme degli iscritti al Corso.

Un corso di medicina legale militare.

All'Università di Bologna ha avuto luogo la prolusione del Ten. colonn. medico prof. Giarrusso Gesualdo al « Corso libero di Medicina legale militare » sul tema « Contenuto biologico ed istituti giuridici della medicina legale militare ».

È questo il primo insegnamento di Medicina Militare che si inizia in Regie Università in armonia con le nuove prescrizioni del Regime fascista, allo scopo di diffondere sempre più la cultura militare anche dalle aule universitarie.

Corso complementare in igiene.

Avrà luogo presso la R. Università di Bari, durante il bimestre maggio-giugno, per aspiranti alla carriera igienico-sanitaria; tassa d'iscrizione L. 300. Modalità consuete; fotografia legalizzata.

Corso di perfezionamento a Parigi.

Il prof. Laignel-Lavastine ha organizzato un corso pratico di simpatologia nel suo servizio dell'Hôpital de la Pitié, a partire dal 29 aprile, con la collaborazione di varî studiosi e dei suoi assistenti. Chiedere il programma.

Corso di perfezionamento a Vienna.

Ricordiamo che un Corso di perfezionamento della Facoltà Medica di Vienna si svolgerà dal 3 al 15 giugno nei seguenti campi: chirurgia, ortopedia, urologia, ostetricia e ginecologia.

Per il programma e qualsiasi informazione rivolgersi al: Kursbüro der Wiener medizinischen Fakultät, Schlösselgasse 22, Wien VIII.

Prossimi congressi medici tedeschi.

Dal 3 al 6 aprile si adunerà in Berlino la Società Tedesca di Chirurgia; dal 4 all'8 aprile, in Wiesbaden, la Società Tedesca di Pediatria; dall'8 all'11 aprile, in Wiesbaden, la Società Tedesca di Medicina interna; dal 20 al 22 aprile si terrà, a Vienna, il Congresso tedesco di Roentgenologia; dal 16 al 18 settembre, a Monaco, il Congresso tedesco di ortopedia; dal 16 al 18 settembre si riunirà, in Berlino, la Società per le malattie della digestione e del ricambio.

Nella stampa medica.

Si è iniziata la pubblicazione della « Röntgen-Praxis », a periodicità bimestrale, diretta dai proff. R. Grashey di Colonia, H. Holfelder di Francoforte e H. Holthusen di Amburgo, col concorso di altri valenti radiologi; è edita da Georg Thieme di Lipsia.

Scopo principale del nuovo periodico, sarà di raccogliere e di riordinare l'immenso materiale della letteratura in riviste riassuntive, affidate a competenti di alto valore; inoltre esso prospetterà, in brevi contributi originali, le questioni del giorno; risolverà problemi tecnici speciali, sottoposti dai lettori; recherà resoconti di Congressi e informazioni varie.

In tal modo verrà a costituire un supplemento ai « Fortschrifte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen », i quali vantano ormai più di un trentennio di vita e sono giunti al 39° volume: questi rimarranno consacrati ai soli lavori originali.

Il nuovo periodico si renderà indispensabile a tutti gli specialisti che vogliano tenersi al corrente dei progressi incessantemente compiuti nel vasto campo della radiologia e, più generalmente, dell'actinologia.

Augurî.

La " Giornata Medica „ alla Fiera di Milano.

La « Giornata Medica » fissata per il 16 aprile, riunirà i medici di tutta Italia, i quali per giungere a Milano usufruiranno del ribasso ferroviario del 50 per cento e avranno l'ingresso gratuito alla Fiera. Qui un Comitato di medici milanesi, presieduto dal prof. Prassitele Piccinini, li accompagnerà a visitare quei padiglioni che hanno una speciale importanza per i medici, come la chimica, gli apparecchi scientifici, l'elettricità, gli alimentari, le acque minerali, la casearia, la zootecnica, il Palazzo degli agricoltori e il Padiglione della Libreria. I medici visiteranno inoltre i diversi Padiglioni regionali nei quali saranno segnalate le diverse applicazioni igieniche e sanitarie.

Ma l'attenzione dei medici italiani dovrà essere rivolta specialmente alla vasta e varia produzione della Stampa Medica Nazionale, alla quale sarà riservato un apposito Padiglione, e che potrà documentare, con l'alto valore dei periodici di ciascuna disciplina medico-chirurgica e biologica, la propria vitalità ed importanza.

Il segretario provinciale del Sindacato Medico Fascista, ha dato la piena adesione all'iniziativa e un plauso cordiale ha indirizzato il presidente dell'Ordine dei Medici della provincia di Milano, prof. C. Baslini.

La Fiera dal canto suo, che ha affidato l'organizzazione della Giornata Medica al prof. Piccinini, è ben lieta di ospitare i rappresentanti della scienza italiana e di fornire loro saggi eminenti di materia, di studio e di indagine.

Per ogni informazione riguardante tale iniziativa, si pregano gli interessati di rivolgersi all'Ufficio Stampa Medica Italiano, via Vallazze 39, Milano.

Propaganda igienica nelle scuole.

Con circolare 12 gennaio u. s., n. 300, il Ministero della P. I. ha dato le disposizioni per nuovi corsi d'igiene, che saranno tenuti prossimamente per insegnanti delle scuole elementari, ai fini della propaganda igienica. I corsi avranno la durata di 14 giorni consecutivi, dei quali 12 per conferenze, conversazioni, esercitazioni e visite e 2 per le prove (facoltative) di esame.

Si svolgeranno in 5 sedi, e cioè Enna (per la Sicilia), Gorizia (per la Venezia Giulia), Roma (per il Lazio), Siena (per la Toscana) e Taranto (per le Puglie); conferenzieri saranno rispettivamente i dottori Salvatore Maiorana, Gian Carlo Ghiglione, Donato Sinisi, prof. Achille Sclavo, Cesare Cocchia.

Premi di igiene domestica.

Sotto la presidenza del prof. Pecori, il Direttorio Sezionale dell'Associazione Italiana per l'Igiene con i Rappresentanti dei più importanti Istituti edili della città, ha preso in esame le numerose domande di concorso per i premi di Igiene Domestica ed ha stabilito per la designazione dei premiandi di fare eseguire le visite agli appartamenti dal 20 marzo al 1° maggio, rinviando al 24 maggio la assegnazione dei premi.

Padiglioni di convalescenza nei parchi pubblici dell'Olanda.

La Croce Rossa neerlandese provvede alla costruzione, nei parchi pubblici, di speciali padiglioni, di costruzione modesta ma in tutto rispondente ai dettami dell'igiene, destinati ai convalescenti.

Un nuovo padiglione è stato recentemente inaugurato nel parco di Harlem, sotto la presidenza del principe Henri, presidente della Croce Rossa neerlandese, e di Jonkheer Röell, vice presidente, alla presenza di numerose autorità e di pubblico.

Un Ospedale trasformato in Ricovero di Mendicità.

Con Regio Decreto, si è provveduto a trasformare l'Ospedale Piccinini, in Predappio, in un ricovero di mendicità.

L'efficienza dell'Ospedale era mancata in quaranta anni di vita. Esso si era ridotto ad un ricovero di cronici, più che di ammalati acuti, per deficienza di entrate, mancanza di personale sanitario, ecc. Ora gli ammalati saranno ricoverati nell'Ospedale di Forlì, facilmente accessibile e magnificamente attrezzato.

Emblema della lotta contro la tubercolosi.

La doppia croce rossa è considerata a tutti gli effetti emblema della lotta contro la tubercolosi. L'uso di tale emblema è consentito alle associazioni ed enti legalmente riconosciuti che svolgano attività antitubercolare. Per le associazioni e gli enti non legalmente riconosciuti, l'uso dell'emblema è subordinato a speciale autorizzazione del Ministero dell'Interno (legge 6 dicembre 1928 n. 3038, *Gazzetta Ufficiale* 19 gennaio, n. 16).

I medici stranieri in Egitto.

In Egitto i medici stranieri potranno esercitare la professione, soltanto se ne avranno conseguita l'abilitazione traverso ad un esame di lingua italiana, araba, inglese e francese. La Germania ha protestato contro l'esclusione della lingua tedesca.

Prelevamento e trasporto di materiali patologici.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica), ha dettato le « Istruzioni per il prelevamento ed il trasporto di materiali patologici ». Comprendono 5 capitoli. Sono raccolte in un opuscolo di pag. 23, vendibile presso la Libreria del Provveditorato Generale dello Stato in Roma (Ministero delle Finanze) al prezzo di L. 3.

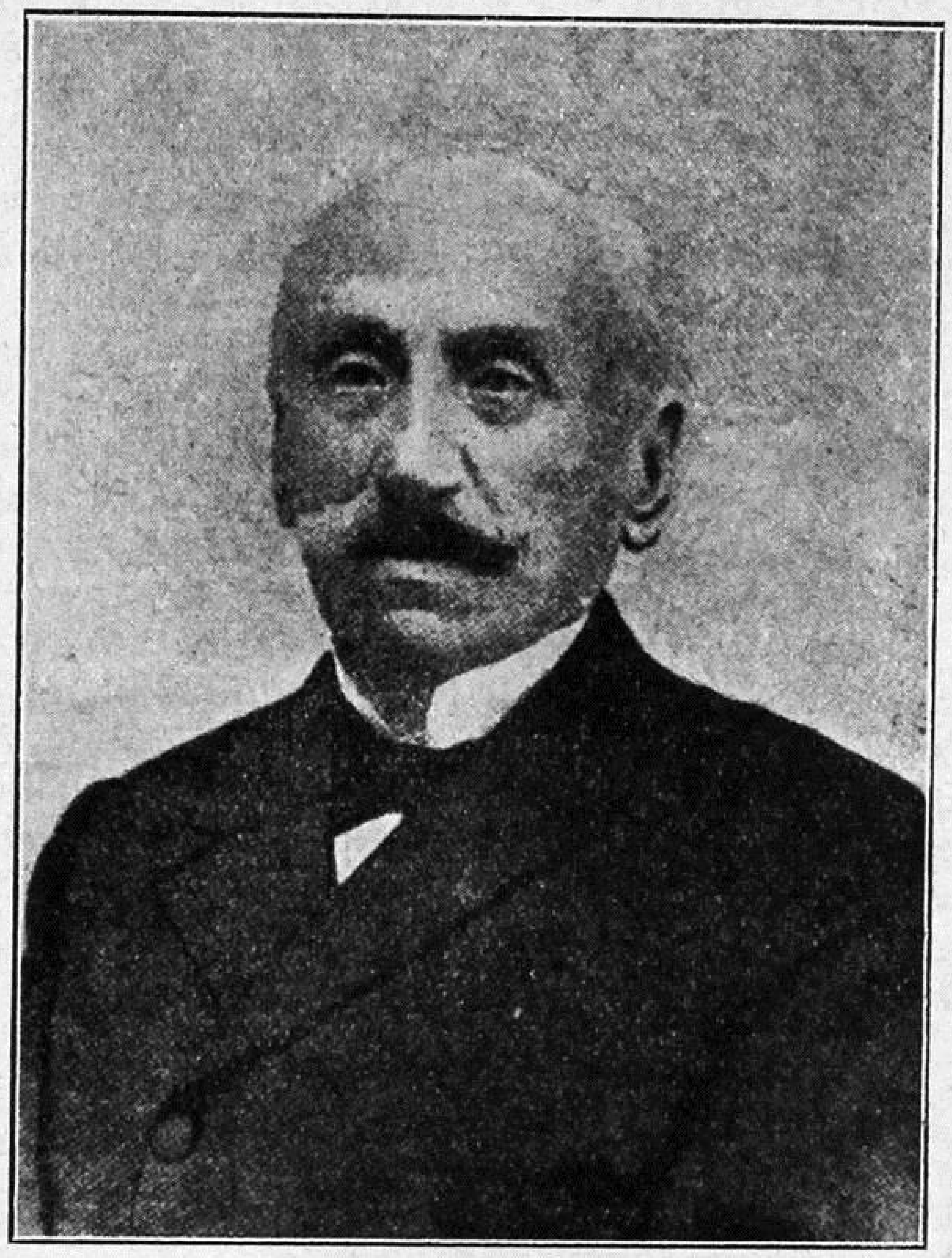
Avvertenza per gli autori.

Ricordiamo che, in ottemperanza alle istruzioni emanate dal Consiglio Nazionale delle Ricerche, le quali tendono ad organizzare la Bibliografia scientifico-tecnica italiana, in modo tale da adempiere veramente allo scopo per cui fu voluta dal Capo del Governo, cioè mettere in evidenza razionalmente l'attività nel campo della scienza e delle sue applicazioni, si consiglia che gli articoli pubblicati nelle più importanti Riviste siano accompagnati da un breve sunto redatto dallo stesso Autore.

Perciò gli Autori che inviano memorie e lavori al nostro periodico sono vivamente pregati di spedire, insieme al dattiloscritto od alle bozze corrette, un breve sunto, di poche righe. Esso è destinato ad essere inserito nella Bibliografia scientifico-tecnica italiana curata dal Consiglio Nazionale delle Ricerche, nonchè a facilitare la recensione del lavoro, sovratutto nei periodici stranieri.

DOMENICO BARDUZZI

Fra le gravi perdite che la famiglia medica Italiana ha subìto in questo anno, dobbiamo con vivo dolore segnalare quella di Domenico Barduzzi, già titolare della cattedra di Clinica der-



mosifilopatica nella R. Università di Siena ed attualmente professore emerito ed incaricato di Storia della medicina nello stesso Ateneo.

Benchè da più anni (era nato nel 1847 a Brisighella) avesse lasciato l'insegnamento ufficiale a cagione dei limiti di età, fino a pochi mesi addietro Egli continuò ad occuparsi con l'usato fervore dei suoi studii prediletti tra cui quelli di Storia della medicina, della quale aveva scritto un apprezzato manuale venuto in luce or non è molto. La sua carriera scientifica, iniziatasi con la libera docenza ottenuta nel 1880 a Pisa, ove Egli ebbe anche l'incarico dell'insegnamento ufficiale nell'anno 1883-1884, si concluse a Siena nella cui Università fu titolare della cattedra di Clinica dermosifilopatica fin dal 1885 e d'onde poi, raggiunto l'ordinariato nel 1890, non volle più allontanarsi.

Il XXV anno del suo insegnamento dette occasione a solenni onoranze promosse da colleghi, discepoli ed estimatori ed alla pubblicazione di un volume contenente notevoli lavori di scienziati italiani e stranieri con l'elenco di tutte le pubblicazioni della scuola a perenne testimonianza dell'operosità, giammai venuta meno, del vecchio Maestro.

Presidente per un biennio della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia, fondatore e presidente della Società di storia della medicina, membro della Società Italiana di Idrologia, colonnello

medico durante la guerra, segnò ovunque, in questi ed in tutti gli altri uffici da lui tenuti, l'impronta di uno spirito versatile ed alacre, di un animo modesto e disinteressato, illuminati da una vasta e multiforme coltura e da un sincero desiderio di far sempre opera benefica.

Possa il ricordo della sua vita, così nobilmente spesa, essere di esempio e di sprone per le giovani generazioni di medici al culto di quelle elevate idealità a cui l'opera di Domenico Barduzzi fu sempre ispirata.

VINCENZO MONTESANO.

In età di 78 anni è morto a Parigi il dott. CHARLES TALAMON, medico onorario degli ospedali. Fu uomo di laboratorio e di clinica. A lui si deve la scoperta, compiuta nel 1883, del pneumococco, studiato in seguito dal Fraenkel di Berlino. Pubblicò un volume sull'appendicite e la peritiflite, in cui esponeva idee personali; fu lui a pronunziare per la prima volta l'espressione di « vaso chiuso », con riferimento alla patogenesi dell'appendicite. Lascia anche un trattato sull'albuminuria e il morbo di Bright pubblicato in collaborazione con Lecorché. Dette alla medicina molti altri contributi, in collaborazione con i suoi allievi. Si occupò con impegno anche di volgarizzazione della medicina; erano molto apprezzati, dal gran pubblico, i suoi articoli inseriti sul « Matin », segnati « dott. Ox ». D.

Con A. A. DE AZEVEDO SODRÉ scompare una delle figure più caratteristiche e rappresentative della medicina brasiliana.

Per 39 anni diresse la 2ª Clinica Medica di Rio de Janeiro, donde impartì un insegnamento apprezzatissimo. Quale rettore della Facoltà medica, riuscì a riorganizzarla ed a rimodellarla, imprimendo sviluppo alle scienze biologiche e sperimentali. Estese la sua influenza benefica a tutta l'Università, nella quale prima del Sodré dominava l'insegnamento teorico, mentre egli fu il pioniere dell'indirizzo positivo e moderno. Fondò e diresse per oltre un quarantennio il « Brasil-Médico », il più diffuso periodico medico del Brasile e uno dei più reputati del mondo. Coprì altissime cariche pubbliche, facendo sentire ovunque la sua forte personalità. Tra i suoi studi vanno specialmente ricordati quelli relativi alla patogenesi degli itteri e alla febbre gialla.

A. P.

È morto il dott. ALBERT REVERDIN, vice-presidente del Comitato Internazionale delle Croci Rosse, che del suo ufficio aveva fatto un apostolato.

Apprendiamo con costernazione la perdita del prof. sen. GIUSEPPE CIRINCIONE.

Dell'insigne oculista ci occuperemo in un prossimo numero.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journ. de Méd. de Bordeaux, 10 feb. — J. ANDÉRODJAS. I trattamenti moderni dell'infez. puerperale.

Amer. Journ. Med. Sc., feb. — E. P. RICHARDSON e P. D. WHITE. Simpatectomia dell'angina p. — R. H. MAJOR. Chimica del sangue nell'ipertens. — A. M. MASTER e E. T. OPPENHEIMER. Esame funzionale della circolaz. — H. F. DUNLAP e W. S. LEMON. Edema angioneurotico ereditario. — I. H. PAGE. Edema ipsolaterale e ittero controlaterale in emiplegia con scompenso cardiaco.

Arch. p. le Sc. Med., gen. — G. SCHREIBER. Azione del calcio sulle glandole endocrine. — G. FERRALORO. Ricambio degli idrati di C. in alta montagna. — A. CLEMENTI e A. CASTELLI. Attività antibatterica e antitossica della bile. — P. MOLINARI-TOSATTI. Secrez. gastrica da istamina e secrez. da pasto.

Zeit. f. Tuberk., feb. — L. LANGE e K. W. CLAUBERG. Sulla filtrabilità del bacillo tbc. — B. H. VOS. Cure di lavoro dei tubercolotici.

Tubercolosi, gen. — A. RICCI. Funzionalità respiratoria nel corso del pneumot. ter.

Bull. Méd., 13-16 feb. — R. PIERRET. Profilassi infantile contro la tbc.

Med. Ibera, 26 feb. — M. SORIA ESCUDERO. Tbc. oculare.

Cult. Med. Mod., 15 gen. — F. GRAZIANO. Ittero emolitico.

Fort. d. Med., 8 feb. — F. SCHMEERTMANN. Clinica del saturnismo professionale.

Rif. Med., 9 feb. — D. GIORDANO. Colecistiti; malattie che le complicano o le simulano. — T. LUCHERINI. Tentativi di cura del diabete mediante legatura dei dotti di Stenone.

Pediatria, 1 feb. — C. GIANONE. Azione antirachitica del sangue di animali irradiati con raggi U. V.

Journal A. M. A., 26 gen. — C. H. DAVIS e C. COHVELL. Trichomonas vaginalis. — O. W. BETHEA. Trattam. specifico della dissenteria amebica. — J. ROSSLYN. Dosaggio dell'elioterapia.

Nipiologia, ott.-dic. — F. VALAGUSSA. L'Opera Naz. M. e I. — G. D'ORMEA. I brefotrofi. — L. LOSTE ECHETO. La nipiologia in Spagna.

Journ. Méd. Franç., gen. — Numero sulla febbre esantematica.

Münch. Med. Woch., 22 feb. — MEINICKE. La mia reazione. — MINKOWSKI. Il diabete pancreatico.

Deut. Med. Woch., 22 feb. — KEHRER. Caratteriologia; natura e significato medico. — v. JAKSCHE. I nuovi preparati d'ormoni sessuali. — C. SCHÖPL e al. L'acedicone.

Wien. Klin. Woch., 21 feb. — MARESCH. Riconoscimento microscopico dei tumori maligni.

Rass. Internaz. di Cl. e Ter., gen. — G. D'AMATO. Aspetti radiologici della sacro-ileite tbc.

Rass. Cl.-Scientif. ecc., 15 feb. — P. CASTELLINO. Uremia e pseudouremia.

Riv. di Patol. e Cl. d. Tuberc., 31 gen. — A. CULOTTA. Tbc. muscolare. — L. URIZIO. Virus filtrabile della tbc.

Giorn. di Cl. Med., 10 feb. — P. MARGINESU. Potere lissicida e immunizzante di cani vaccinati contro la rabbia.

Giorn. Med. dell'Alto Adige, feb. — N. PENDE. L'obesità. — G. OSELLADORE. Amebiasi intestinale senza dissenteria.

Paris Méd., 18 feb. — Numero sulle mal. respir.

Riv. di Patol. Nerv. e Ment., 20 feb. — A. LEANZA. Crisi amenziali intermittenti associate a coliche epatiche; operaz., guarig.

Arch. d. Mal. des Reins, 1 feb. — E. PAPIN. Trattam. della nefrite tbc. dopo nefrectomia. — SCHILLINGS. Ectopia renale bilater.

Le Sang, 1. — E. BENHAMOU. L'anemia febbrile acuta. — J. V. GROTT e E. PAJAK. La glicemia nella tbc. polm.

Clin. e Ig. Infant., gen. — E. MENSI. Morbo di Addison e innesto-terapia nell'età infantile.

Dermosifilografo, gen. — W. PIERANGELI. Terapia acridinica endovenosa della blenorragia.

Mediz. Klinik, 22 feb. — W. WEIBEL. Conservatorismo e radicalismo in ginecologia.

Journal A. M. A., 9 feb. — R. S. PALMER. L'asma cardiale. — F. HIRSCH e G. H. COLEMAN. Trombosi miliare acuta dei polmoni. — H. S. REICHLIE. Sternuti parossistici equivalenti dei parossismi di tosse conv.

Presse Méd., 23 feb. — J. CARLES e MASSIÈRE. Reumat. cron. e stati parkinsoniani.

Pathologica, 15 feb. — C. NINNI. Potere battericida del siero normale per le Brucelle. — L. D'ANTONA. Meningite sierosa cistica del mid. sp.

Proc. R. Soc. of Med., feb. — Discussioni sulla vaccinazione antivaiolosa e sul dolore di spalla. - Casistica.

Cult. Med. Mod., 31 gen. — F. MINORE. Indice refrattometrico nella difterite.

Giorn. di Batteriol. e Immunol., feb. — A. TROSSARELLI. Potere agglutinante del siero di malati di mente. — A. AZZI e A. MUGGIA. Trattam. delle infezioni da piogeni.

Boletin Moléstia do Sono, 12. — E. DE ALMEIDA. Reaz. di Maki Takata-Koyoshi Ara e gradi della sua positività nel 2° periodo della malattia del sonno.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 feb. — Numero sulla medicina infantile.

Bull. delle Scienze Med., nov.-dic. — G. ROCCHI. Actinoterapia infrarossa (di corta lunghezza d'onda).

Ann. Inst. Pasteur, feb. — M. CIMA e al. La vaccinazione con B. C. G. e sua innocuità. — MARINESCO e al. L'epidemia di paralisi infant. in Romania.

Mediz. Welt, 2 mar. — G. ZUELZER. L'ormone cardiaco. — HESSE. Fisiologia e clinica dell'odorato.

Deut. Med. Woch., 1° mar. — GOLDSCHNEIDER. Le correnti attuali in terapia. — LIEPMANN. I pericoli dell'aborto.

Lancet, 2 mar. — O. LEYTON. Deviazioni dalla norma.

Practitioner, mar. — D. J. P. MC-NABB e al. Valore terapeutico dei viaggi di mare. — J. O' DONOVAN. Actinoterapia nelle affezioni nervose della cute.

Wien. Klin. Woch., 28 feb. — FREUND. Diagnosi chimica del carcinoma. — DEMMER. Encephalitis profunda progrediens.

Rinascenza Med., 15 feb. — G. DE SIMONE. Fucsine acide nella terapia della malaria. — L. PANSINI. Leucemia linfoide post-traumatica.

Zbl. f. Chir., 2 mar. — N. BOBRIK. Appendicite e invaginazione cecale. — VAN HONTEGHEM. Uremia post-operativa.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 24 feb. — G. NORSE. Artriti traumatiche e patologia ossea.

Ann. di Ost. e Gin., 28 feb. — L. DOCIMO. Cisti follicolari e luetiche. — P. NATALI. Gravidanze e parto sotto i 18 anni; destino dei bambini.

Edinb. Med. Journ., mar. — J. FRASER. Numero sulla tbc.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., feb. — F. A. PEMBERTON. Diagn. precoce e profilassi del cancro cervicale. — H. THONES. Infarti placentari. — C. MASER e J. HOFFMANN. Diagn. di gravid. mediante ricerca dell'ormone sessuale femm. nell'urina.

Presse Méd., 2 mar. — P. PAGNIEZ e L. SALOMON. Raggi X a scopo emostatico.

Mediz. Klinik, 1 mar. — C. FERVERS. Infortuni automobilistici. — L. HABERLANDT. Preparati di ormone cardiaco.

Riforma Med., 23 feb. — V. CHINI. Sulla forma del respiro. — C. RANIERI. Sindromi rare di parassitosi intestin.

Rev. Franç. de Gynéc., dic. — J. GUYOH. I metodi attuali d'esploraz. e diagnosi in ginecologia.

Paris Méd. 2 mar. — Numero di venereo-sifilologia.

Zeitsch. f. Kreislaufforschung, 1° mar. — J. PORAS. Circolaz. e tbc. — L. I. FOGELSON. I disturbi del ritmo del seno.

Bull. Ac. de Méd., 19 feb. — A. LEMIERRE. Influenza della vaccinaz. antitifica durante una grave epidemia familiare di tifoide.

National Med. Journ. of China, feb. — S. M. CHEN. Irrigazioni d'acqua calda nel trattam. degli ascessi tbc. — M. L. HU. Eziologia e trattam. dell'epistassi.

Rass. di Ter. e Pat. Clin., gen. — O. SCIARRA. La terapia della sifilide. — I. SIMON. Cura dell'avvelenamento da stricnina.

Revue belge des Sc. Méd. gen. — A. LEMAIRE. L'area dolorosa nelle visceropatie. — A. BESSEMANS e al. Balneo-termo-terapia locale nella sifilide sec.

Giorn. di Med. Mil., mar. — VIRGILIO. Complemento secco di cavia in serologia.

Ars Med., feb. — S. NOGUEZ MORÉ. I metodi biologici nella ter. del cancroide e sue complicazioni.

Journal A. M. A., 16 feb. — F. H. REDEWELL. Leucoplasia, malacoplasia e incrostazione vescicali. — W. H. COLE e M. L. HEIDEMAN. Ulcera amebica della parete addomin. consecutiva ad appendicectomia con drenaggio.

Lancet, 9 mar. — E. SPRIGGS. Il digiuno terapeutico. — E. H. LEPPER e M. MARTLAND. Batteriologia dell'utero.

Ann. Ital. di Chir., feb. — G. CECCARELLI. Trauma e sarcoma. — G. MONTEMARTINI. Milza e funz. pancreat.

Brit. Med. Journ., 2 feb. — H. C. CAMBRON. Turbe del metabolismo nel bambino nervoso.

Practitioner, feb. — T. SHIRLAY. Cancro e glicosuria. — B. MYERS. Il bambino nervoso.

Journal dos Clinicos, 15 gen. — P. CASTELLINO. Fisiopatologia della digestione e vitamine. — 30 gen. — G. MINGAZZINI. Vitamine e patologia del sist. nervoso.

Spitalul, feb. — RADOVICI e C. PAULESCO. Paralisi generali iniziate con emitremore parkinsoniano. — P. TOMESCO e I. IONESCO-BUCSANI. La suggestibilità motrice nei paralitici generali.

Pediatria del Med. Prat., feb. — G. B. Allaria. Rimedi antidiarroici per la prima infanzia.

Folia Clinica, ecc., — V. A. Francaviglia. La milza e il ricambio degli idrati di carbonio. — T. Zwolinsky. Trattam. dei disordini della funz. ovarica con siero di gestante.

Clin. e Ig. Infant., feb. — P. Fornara. Forme atipiche della meningite tbc.

Indian Journ. Med. Res., gen. — A. J. A. Russell e E. R. Sundabarajan. Epidemiologia del vaiolo. — J. A. Sinton. Sulla terapia della malaria. — N. Clive e G. Sankaran. Il manganese nei cibi.

Röntgen-Praxis, 1 mar. — E. G. Mayer. I reperti radiologici nelle affezioni endocraniche. — H. Appelrath. Il cardiospasmo.

Med. Welt, 2 feb. — O. Ehomsen. Ereditarietà dei gruppi sang. — A. Floros. Il sangue nella dengue.

Zbl. f. Chir., 9 mar. — H. Paschoud e L. Zukschwerdt. Errori nella cistografia. — K. Urban. Patologia e chirurgia del basedow.

Wien. Klin. Woch., 7 mar. — Arzt, Fuchs, Matras. Radiumterapia del carcinoma. — Leiner. Profilassi del morbillo.

Scalpel, 27 feb. — Numero sulle assicuraz. sociali.

Ann. di Oftalmol. e Cl. Oc., feb. — G. Lo Cascio. Processi deidrogenativi della retina. — Antonibon. Assorbim. della retina. — Reganati. Cura del tracoma con olio di chalmoogra.

Welfare Mag., dic. — R. Kingman. Le insonnie.

Journal A. M. A., 23 feb. — W. A. Bastedo. La colite mucosa. — H. A. Miller e D. Ben Martinez. Estratto epatico nella tossiemia della gravid.

Mediz. Welt, 9 mar. — E. Schliephake. Az. biologica delle onde elettr. ultra-corte. — O. Thies. Il male di capo e suoi rapporti con le sofferenze oculari.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. Ascoli, Red. resp.

ANNO XXXVI Roma, 8 Aprile 1929 Num. 14.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE DI S. SPIRITO IN SASSIA - ROMA. SALA FLAIANI
Primario: Prof. L. FICACCI.

ISTITUTO DI FISIOLOGIA UMANA DELLA R. UNIV. DI ROMA
Direttore: Prof. S. BAGLIONI

La sopravvivenza dei leucociti negli stati agonici e preagonici

per il dott. RENATO LUSENA
assistente degli Ospedali Riuniti di Roma.

In una nota preventiva, comunicata all'Accademia Lancisiana di Roma nella seduta del 9 febbraio 1928 e pubblicata su « Il Policlinico », sez. Pratica del 18-6-1928, ho riferito i risultati dello studio della sopravvivenza dei leucociti in un caso di leucemia mieloide cronica. In quel caso avevo trovato scarsa sopravvivenza dei leucociti ed avevo osservato che la sopravvivenza era ancora diminuita nei giorni che precedettero immediatamente la morte dell'ammalata. Mi proponevo allora di studiare la sopravvivenza dei leucociti nelle varie forme di leucemia per stabilire se in tutti i casi c'è, come in quello, diminuzione della sopravvivenza dei globuli bianchi e se questa diminuzione è progressiva nel decorso della malattia. Mi proponevo anche di studiare il sopravvivere dei leucociti negli stati agonici e preagonici per stabilire se nei periodi che precedono la morte e nei quali ci sono segni evidenti di importanti alterazioni funzionali di vari organi i leucociti risentono di questo stato o conservano inalterata la loro vitalità.

La rarità della leucemia non mi ha permesso di studiarne altri casi. Ho studiato la sopravvivenza dei leucociti negli stati agonici e preagonici ed espongo in queste pagine le ricerche fatte in proposito.

***

La tecnica da me seguita è stata sostanzialmente la stessa adoperata nel mio caso di leucemia, cioè di diluire il sangue prelevato in soluzione fisiologica sterile e di conservare il sangue così diluito nella pipetta ideata dalla Forti (Archivio di fisiologia 1926) a temperatura di ghiacciaia (9-11°) e di esaminare una goccia di questa soluzione di sangue ad intervalli, a fresco, su vetrino portaoggetti coperto dal coprioggetti, su tavolino riscaldato e ad immersione. Ho por-

tato però una modificazione piccolissima alla diluizione ed una più importante alla pipetta. Per la diluizione mi è parso inutile adoperare solo 4 mm³ di sangue e 3,6 cmc. di soluzione fisiologica; dovendosi raggiungere complessivamente il volume di 4 cmc., che è quello conveniente alle dimensioni della pipetta, ho adoperato cifre più tonde: 5 mm³ di sangue e 3,5 cmc. di soluzione fisiologica. Questo dico non perchè abbia nessuna importanza nel procedimento, ma per maggior esattezza nel riferire la tecnica seguìta.

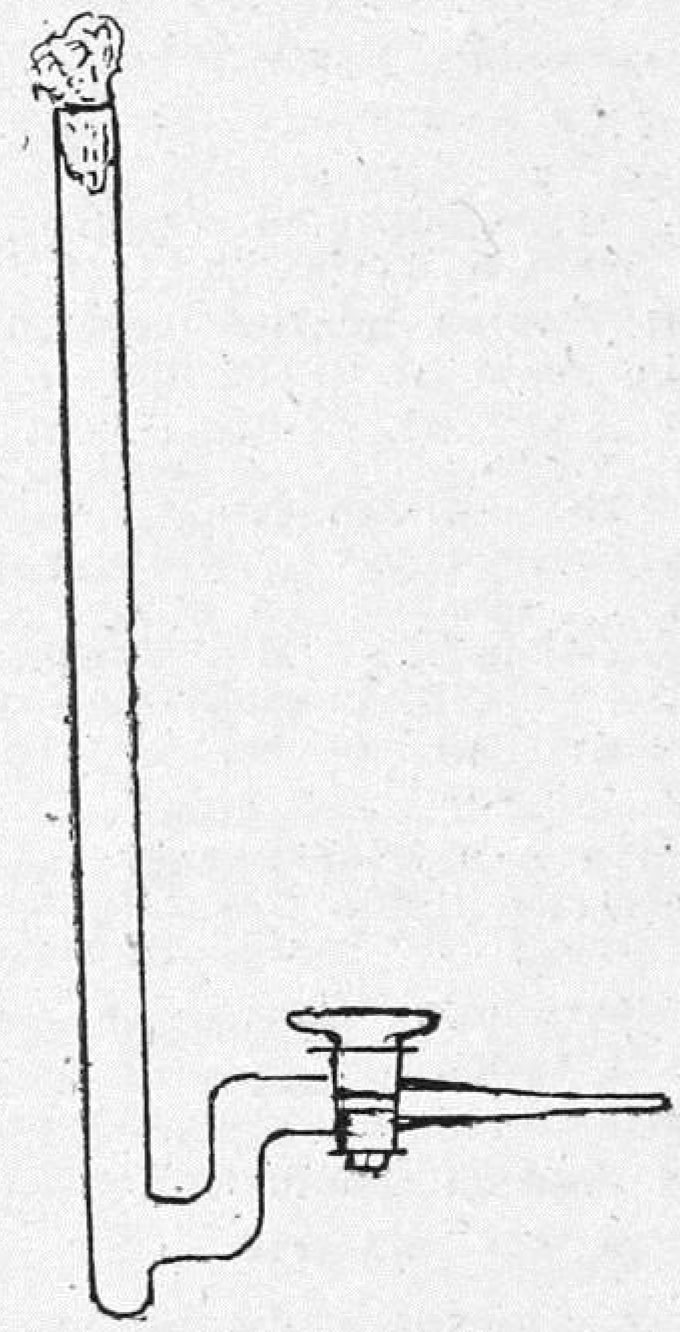


Figura schematica 1/4 del vero.

Alla pipetta ho portato una modificazione che mi pare utile per ridurre al minimo le manovre necessarie al prelevamento della goccia da esaminare. L'inconveniente della pipetta Forti è quello di doverne rompere l'estremità capillare con una pinza precedentemente arroventata e di doverla poi richiudere alla fiamma dopo il prelevamento. La manovra è un po' lunga; qualche volta non si riesce a rompere il tubetto capillare proprio all'estremità e così se ne riduce notevolmente la lunghezza e nella chiusura alla fiamma non è escluso che l'alta temperatura possa influire sui leucociti.

La pipetta da me fatta costruire (V. figura) ha la medesima forma della pipetta Forti, è cioè un tubo verticale, del diametro di 5 mm. a cui è saldato un tubo piegato due volte su se stesso; però invece di far terminare questo tubo in un tubo capillare, ho interposto fra il tubo piegato e l'estremità capillare un rubinetto di vetro a tenuta perfetta. Con questa pipetta si evita la manovra delicata, un po' lunga e forse anche dannosa ai leucociti dell'apertura e chiusura del beccuccio estremo, perchè questo può rimanere aperto o tutt'al più si può chiudere con un piccolissimo tappo di ovatta sterile. I prelevamenti del sangue da esaminare si fanno semplicemente con un quarto di giro del rubinetto e con un altro quarto di giro si fa la chiusura a prelevamento avvenuto.

In queste ricerche è importante evitare l'inquinamento del sangue che si deve esaminare. Dal lato della sterilità la pipetta Forti risponde bene. Per la mia pipetta, prima di servirmene in queste ricerche, ho fatto un controllo mettendo nella pipetta sterilizzata un brodo per cultura e prelevandone tutti i giorni qualche goccia, in modo da compiere le medesime manipolazioni che avrei fatto se si fosse trattato di osservazioni da ripetersi su un campione di sangue diluito. Dopo 4 giorni, durante i quali la pipetta col brodo era stata conservata in ghiacciaia, la portai in termostato a 37° e ve la tenni 48 ore. Constatai che il brodo si era mantenuto sterile, come pure sterile si era mantenuto un brodo di cultura posto contemporaneamente e per la stessa durata in una pipetta Forti e dal quale ogni giorno avevo fatto un prelevamento. Nelle osservazioni che poi ho fatto sul sangue umano, terminata l'osservazione, cioè constatata la completa assenza di movimenti dei leucociti, ho fatto la semina del rimanente sangue diluito in brodo e non ho avuto inquinamenti. Nelle prime due osservazioni ho conservato il sangue della stessa ammalata contemporaneamente nella pipetta Forti e nella mia e nei risultati non ho avuto sconcordanze fra le due.

Ritengo quindi che la mia pipetta risponda bene allo scopo e sia molto pratica per la semplicità delle manipolazioni che richiede. Per lo più la mia pipetta permette un uso non dico illimitato (il vetro è fragile), ma certo molto più prolungato di quella Forti, che dopo parecchi prelevamenti ha il beccuccio terminale tanto ridotto da essere inservibile.

***

I casi da me studiati sono stati 5. Scelsi malati che certamente sarebbero morti e per ognuno di essi (ad eccezione del caso IV) feci due osservazioni: una appena accertata la diagnosi di malattia a prognosi infausta e l'altra nel periodo di poco precedente la morte. I casi erano il I di tumore maligno dell'addome con ittero, il II di avvelenamento da sublimato, il III di tubercolosi miliare, il IV di diabete grave in coma. A questi 4 casi aggiungo quello di leucemia mieloide cronica studiato già precedentemente.

Riassumendo, su 5 casi studiati, in 3 (I, II e V) la sopravvivenza dei leucociti fu inferiore alla media (che è di circa 8 giorni), in un caso (IV)

Raccolgo i risultati nella tabella seguente:

N.	Nome, età Sala e N. del letto	Diagnosi	Sopravvivenza dei leucociti	Data della morte	Osservazioni
I	Q. Luisa, anni 75 Sala Flaiani n. 28	Tumore maligno dell'addome. Colemia.	I prelevamento (12-5-28) Dopo 15 ore nessun leucocito si muove. II prelevamento (29-5-28) 20 0/0 dei leucociti mobili subito dopo il prelevamento. Nessuno mobile dopo 15 ore.	30-6-1928	Sterile la cultura in brodo del sangue rimanente.
II	C. Fortunata, anni 16, Sala Flaiani, n. 28.	Tbc. miliare	I prelevamento (10-6-28) I leucociti sopravvivono 5 giorni. II prelevamento (22-6-28) I leucociti sopravvivono 5 giorni.	26-6-1928	Idem.
III	Di P. Elvira, anni 22, Sala Flaiani, n. 1.	Avvelenamento da sublimato. Insufficienza renale	I prelevamento (22-6-28) I leucociti sopravvivono 15 giorni II prelevamento (28-6-28) I. leucociti sopravvivono 15 giorni.	29-6-1928	Idem.
IV	M. Maria, anni 49 Sala Rasori, n. 29	Diabete Stato comatoso	I prelevamento (24-5-28)	25-6-1928	Idem.
V	V. Adalgisa, anni 37, Sala Flaiani, n. 42.	Lucemia mieloide cronica	I prelevamento (22-1-28) La sopravvivenza dura poco più i 48 ore. II prelevamento (6-2-28) I leucociti sopravvivono meno di 24 ore.	9-2-1928	Le osservazioni furono fatte con la pipetta Forti. Non appare inquinamento del campo microscopico.

la sopravvivenza fu di durata media e in uno (III) la sopravvivenza fu prolungata (15 giorni). Questa varietà di risultati deve riferirsi certamente alla diversa malattia. Nel I caso c'era ittero: da ricerche da me eseguite e che saranno rese note ulteriormente in un lavoro nel quale la sopravvivenza dei leucociti è confrontata colla resistenza degli eritrociti, mi risulta che in tutti i casi di ittero, anche non mortali, la sopravvivenza dei leucociti è scarsa. Nel II caso si tratta di malattia infettiva (tbc. miliare); si sa che in un'altra malattia infettiva (tifo) la vitalità dei leucociti è ridotta (Costanzi, Comunicaz. all'Accad. Lancis. 4-5-28). Nel III e nel IV si aveva uno stato tossico grave: nel II azotemia alta (3,80 ‰), nel IV glicemia alta (2,30 ‰); queste osservazioni sono importanti perchè dimostrano che alcune alterazioni del chimismo del sangue (iperazotemia e iperglicemia) non alterano la vitalità dei leucociti come invece fanno altre (colemia). Come si vede numerosi problemi si affacciano fra queste osservazioni e poco sappiamo della vitalità dei leucociti nelle svariate contingenze morbose.

Torniamo al problema che studio in questo lavoro: in uno solo dei 5 casi (il V) avvicinandosi alla morte si ebbe una notevole riduzione della sopravvivenza dei leucociti già scarsa anche prima e si trattava di un caso di leucemia, malattia in cui il sistema emopoietico è direttamente colpito. Degli altri casi in tre (I, II e III) i leucociti prelevati appena fatta la diagnosi di malattia a prognosi infausta e quelli prelevati poi nel periodo agonico ebbero esattamente la stessa sopravvivenza e in uno (il IV) in cui fu fatto un solo prelevamento 24 ore prima della morte e l'ammalata era in stato comatoso si notò una sopravvivenza normale.

Da queste osservazioni credo di poter dire che:

1) negli stati premortali la sopravvivenza dei leucociti può essere normale o può essere alterata;

2) l'alterazione della sopravvivenza dei leucociti è in rapporto colla malattia che è causa della morte;

3) escludendo le malattie del sistema emopoietico in cui è necessario fare ulteriori indagini, la sopravvivenza dei leucociti non è influenzata dal peggiorare dell'ammalato e si mantiene quale essa era prima anche col sopraggiungere dello stato agonico.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE MILITARE PRINCIPALE - FIRENZE

REPARTO CHIRURGICO

Contributo allo studio della tubercolosi muscolare ematogena

pel dott. CORRADINO GIACOBBE, capitano medico.

Nei muscoli, di cui è ben nota la refrattarietà al bacillo di Koch, il tipo ematogeno genuino della infezione tubercolare è una vera eccezione.

Credo pertanto interessante illustrare due casi di « tubercolosi muscolare ematogena », che ho avuto occasione di studiare nel reparto chirurgico dell'Ospedale Militare Principale di Firenze.

CASO I. — P. A., di anni 44, da Villa Franca (Massa-Carrara), contadino. Entra in Ospedale il 23 novembre 1927.

Genitori morti a tarda età per malattie imprecisabili.

Un fratello morto in guerra; un altro, mutilato per ferite riportate al fronte, gode buona salute. Una sorella vivente e sana. Coniugato con donna apparentemente sana, da cui ha avuto quattro figli, che godono ottima salute.

A vent'anni soffrì di poliadenite latero-cervicale, trattata chirurgicamente (enucleazione). La ferita operatoria tardò a cicatrizzare. Fu esonerato pertanto per un anno dal servizio militare. Nel 1916 ammalò d'ileotifo.

Riferisce che circa tre mesi prima dell'ingresso in Ospedale (settembre 1927) cominciò ad avvertire modica dolorabilità in corrispondenza dell'emitorace sinistro, posteriormente e in basso. Dopo qualche tempo notò la comparsa di una tumefazione che è andata man mano aumentando fino a raggiungere il volume attuale. La temperatura non è stata controllata mai.

Obbiettivamente si riscontra: costituzione scheletrica regolare, stato di nutrizione e sanguificazione buono.

Al collo rilevasi cicatrice abbastanza regolare, ben consolidata (da intervento chirurgico); non si palpano però ghiandole ingrossate.

Anche nelle altre stazioni ghiandolari non si rileva nulla di notevole.

Nulla a carico dell'apparato cardio-vascolare e degli organi addominali.

Escursioni respiratorie ampie e simmetriche. Fonesi, murmure vescicolare e fremito vocale-tattile normali in tutto l'ambito.

All'emitorace sinistro, posteriormente e in basso, estesa dall'ascellare posteriore alla paravertebrale e dalla IX alla XI costa, si nota una tumefazione della grandezza di un'arancia, ben delimitabile, di consistenza duro-elastica, con vago senso di fluttuazione profonda medialmente e in basso, poco dolente alla pressione, ricoverta da cute di aspetto normale e spostabile. La tumefazione fa corpo col piano muscolare e si sposta in blocco con la parete costale nella respirazione. Non dolori spontanei al rachide nè provocati con la pressione metodica esercitata sulle apofisi spinose, sulle lamine, sulle apofisi trasverse.

R. Wassermann: negativa.

Cutireazione con tubercolina di Koch: intensamente positiva.

L'esame radiografico fa rilevare che la tumefazione della parete toracica non ha invaso le coste sottostanti, che appaiono integre in tutto il loro decorso senza alterazioni nello stato di calcificazione. Nulla si rileva a carico delle vertebre.

Esame radioscopico dell'apparato respiratorio: negativo.

In base ai caratteri della tumefazione, comuni del resto a quelle di diverse forme morbose muscolari, non ci siamo sentiti autorizzati a formulare un giudizio preciso circa la natura della malattia.

Si decide tuttavia l'intervento, che in anestesia locale novocainica viene praticato il 12 dicembre (opera il capitano medico Giacobbe).

Viene asportata completamente e fino a tessuto sano la tumescenza situata nello spessore del muscolo gran dorsale.

Le coste sottostanti appaiono integre.

Zaffamento con garza iodoformica e sutura parziale. Cura iodica.

Decorso post-operatorio normale.

La ferita chirurgica guarisce rapidamente. Il paziente esce completamente guarito e in ottime condizioni dopo circa un mese.

All'*esame macroscopico* rilevasi che la tumescenza è avvolta da una spessa capsula fibrosa ed è costituita da tessuto intensamente vascolarizzato, pressochè compatto, in cui appaiono rari noduli giallastri.

Esame istologico. In un primo preparato in esame (colorato con ematossilina-eosina) si notano al margine numerose fibre muscolari striate in parte normali (le più esterne), in parte fortemente atrofiche con note degenerative evidenti a carico del sarcoplasma residuo. Tali note degenerative si possono riassumere nella perdita della striatura trasversale ed infatti di picnosi e in parte cariolisi.

Proseguendo verso le zone più profonde del tessuto muscolare si osserva negli interstizi fra le fibre e i singoli fasci di fibre una evidente intensa infiltrazione. Gli elementi infiltranti si presentano tutti piccoli con nucleo voluminoso rotondeggiante attorno al quale male si distingue uno scarsissimo alone protoplasmatico. Frammiste a queste cellule se ne notano alcune che presentano nucleo più voluminoso scarsamente colorabile, con cromatina granulare e protoplasma abbondante con caratteristico colorito rameico. In un terzo strato muscolare si osserva una notevole preponderanza di tessuto infiltrativo nel quale sono scomparse o scarsamente riconoscibili le fibre muscolari striate. I pochi elementi muscolari residui sono ridotti ad un sottilissimo strato di sarcoplasma circondato da un fitto alone di cellule infiltranti mononucleate simili a quelle sopra descritte.

Non rimane alcuna traccia di nucleo della fibra stessa.

Gli elementi infiltranti sono in questo strato abbondantissimi; tutti approssimativamente con le stesse caratteristiche istologiche, che facilmente li fanno riconoscere per linfociti.

Essi si trovano ora in maggiore ora in minore numero specialmente frequenti in vicinanza di vasi o di piccoli residui di fibre muscolari. Negli interstizi fra le cellule infiltranti si nota un tessuto fibroso denso, ben colorabile in rosso col metodo di Van Gieson, in gran parte omogeneo a struttura nettamente fibrillare di connettivo adulto; ma in alcuni punti tale struttura viene a mancare rimanendo un detrito granulare amorfo nel quale sono riconoscibili solo scarsi nuclei poco colorati con ematossilina.

Un ricordo particolare meritano i vasi che si notano numerosi nello spessore del tessuto. In genere tutti i vasi sono elementari dilatati e circondati alla periferia da numerose cellule infiltranti, alcune molto voluminose con protoplasma granuloso.

In corrispondenza degli ultimi strati di tessuto muscolare meno gravemente degenerato si nota un accumulo di cellule infiltranti molto limitato; al centro di questo infiltrato si notano grosse cellule colle caratteristiche evidenti della cellula gigante tipo Langhans con nuclei numerosi periferici e circondate all'intorno da linfociti e cellule epitelioidi.

Il secondo preparato colorato pure con ematossilina-eosina è stato tratto dagli strati più profondi del tumore esaminato. Alla periferia si nota un processo infiltrativo molto evidente ed avente gli stessi caratteri sopradescritti: vi si notano numerose le cellule epitelioidi; numerosi pure i piccoli linfociti immersi in una rete molto fitta intrecciata di connettivo adulto; ma questo quadro è limitato ad una piccola zona della sezione in esame. Progredendo verso il centro della sezione le cellule infiltranti si fanno progressivamente più rare, scarsamente colorabili, i nuclei subiscono un processo grave di cariolisi e di picnosi assumendo forme svariate. Anche il tessuto interposto agli elementi infiltranti dimostra evidenti note degenerative perdendo la sua struttura fibrillare e trasformandosi gradatamente in un detrito granulare amorfo colorabile indifferentemente dai vari colori. Il resto della sezione all'infuori di scarsi accumuli cellulari è quasi tutto costituito da questa sostanza amorfa avente tutte le caratteristiche della sostanza caseosa.

Anche in questa sezione la natura dell'infiltrato, il tipo della reazione del tessuto fa chiaramente comprendere la natura specifica del processo granulomatoso cronico che ha avuto in parte esito nella caseificazione.

Dalle caratteristiche suesposte risulta evidente la diagnosi di *tubercolosi fibro-caseosa del tessuto muscolare striato* (1).

L'esame radiografico ripetuto a cicatrizzazione completa, conferma l'assenza di alterazioni a carico dello scheletro.

CASO II. — T. B. di anni 21, da Sarteano (Siena), falegname. Il padre (55 a.) e la madre (52 a.) godono ottima salute. Un fratello ed una sorella viventi e sani. Il p., secondogenito, è nato da parto eutocico. Ha avuto allattamento materno. Sviluppo somatico e psichico consoni all'ambiente nel quale è cresciuto. Non ricorda di aver sofferto i comuni esantemi dell'infanzia.

Nel 914 fu colpito da dolori reumatici. Non sembra debba trattarsi di r. a. a., perchè la forma decorse sempre nella più completa apiressia, nè le articolazioni si tumefecero od arrossarono. Chiamato alle armi fu dichiarato idoneo ad incondizionato servizio. Nel marzo c. a. in seguito a calcio di cavallo riportò contusione emiscroto sinistro (« modico ematocele sinistro »), per cui venne ricoverato per due settimane nel reparto chirurgico di quest'Ospedale. Sin da quell'epoca il p. si è accorto di una piccola tumefazione, indolente, un po' al di sopra dell'arcata inguinale destra. La tumefazione è andata poi modicamente aumentando fino a raggiungere la grandezza e la forma di un uovo di piccione, mantenendosi indolente spontaneamente, lievemente dolente alla palpazione. Solo la deambulazione prolungata provoca dolenzia, ma in modo transitorio.

Entra in Ospedale il 18 giugno 1928 con diagnosi di « ernia inguinale destra » e chiede di essere sottoposto all'atto operatorio.

Esame obbiettivo: individuo di costituzione generale normale. Statura: m. 1,69. Perimetro toracico: cm. 85. Cute e mucose visibili pallide. Micropoliadenia latero-cervicale. Apparato scheletrico regolare, integro. Muscolatura normalmente tonica e trofica. Numerosi nei in tutto l'ambito cutaneo.

Torace ben conformato. Le fosse sopra e sottoclaveari sono normalmente evidenti, non marcato l'angolo del Louys, acuto l'angolo epigastrico. I m. cucullari sono simmetricamente sviluppati. Evidenti le fosse sopra e sottospinose, leggermente alate le scapole.

Alla percussione, palpazione ed ascoltazione nulla si rileva a carico dell'apparato respiratorio.

Nulla a carico dell'apparato cardio-vascolare.

Addome ben trattabile, indolente. Organi ipocondriaci nei limiti.

In corrispondenza della parete anteriore del canale inguinale di destra rilevasi piccola tumefazione. L'anello inguinale esterno è dilatato modicamente, ma sì da permettere nel tragitto l'introduzione dell'indice, che percepisce — sotto i colpi di tosse — una specie di impulso da parte della suddetta tumescenza, la quale appare liscia, di consistenza molle-elastica, non fluttuante, poco dolente.

Scroto di forma e volume normale. Testicoli in sede, normali alla palpazione. Nulla si rileva al riscontro rettale.

Esame urine: nulla di notevole.

R. Wassermann: negativa.

Cutireazione con tubercolina di Koch: intensamente positiva.

Il 22 giugno viene sottoposto ad atto operatorio, in anestesia locale novocainica. Incisione lungo il canale inguinale, un dito trasverso sopra i due terzi interni del legamento di Poupart e parallelamente alla sua metà interna.

Incisa l'aponevrosi del muscolo grande obliquo, si constata che il piccolo obliquo e il traverso presentano nel loro spessore una tumefazione bilobata della grandezza di un uovo di piccione, la quale raggiunge quasi il margine libero di detti muscoli. Escissione della tumescenza, la quale è avvolta da una spessa capsula fibrosa ed è costituita da sostanza di aspetto caseoso.

---

(1) La diagnosi è stata confermata dall'*infezione sperimentale* provocata in una cavia mediante *iniezione intraperitoneale* di materiale asportato all'intervento (*t. b. c. disseminata*).

Scovolamento della cavità residua con tintura di iodio. Si applica drenaggio. Ricostruzione a piani: sutura parziale.

Entrato nel convincimento pel reperto macroscopico di essere in presenza di un granuloma t. b. c. insediato nei muscoli piccolo obliquo e trasverso ho voluto esaminare, mediante la trazione sul funicolo, l'organo didimo-epididimario ed ho constatato così che tanto questo come il funicolo si presentavano normali.

Approfittando della maggiore trattabilità della parete addominale sotto l'azione dell'anestesia ho esplorato anche il fondo della fossa iliaca destra e la parete posteriore dell'addome lungo la colonna vertebrale (nel suo tratto lombare) ed ho potuto escludere la compartecipazione delle linfoghiandole regionali al processo granulomatoso.

All'*esame istologico* il frammento esaminato presenta tutte le caratteristiche della *tubercolosi fibro-caseosa.*

Il decorso post-operatorio è regolarissimo. In quattordicesima giornata la ferita è completamente cicatrizzata ed il p. esce dall'Ospedale con licenza di convalescenza.

Nel primo caso descritto si può con certezza escludere una infezione per via linfatica, perchè tanto all'esame clinico quanto a quello radiologico non sono emerse alterazioni granulomatose a carico delle vertebre e delle costole, nè esiti di una pregressa pleurite.

Il focolaio constatato compare perciò con una autonomia, che potrebbe definirsi come una localizzazione tubercolare primitiva del tessuto muscolare. Nè a questa concezione toglie il valore l'adenite latero-cervicale di cui il p. ha sofferto 24 anni or sono e della quale peraltro restano trascurabili traccie del trattamento chirurgico di exeresi.

Ed anche nel secondo caso il processo t. b. c. appare chiaramente indipendente da focolai della stessa natura, i quali peraltro non sono stati clinicamente rilevati.

I bacilli di Koch hanno dunque prodotto dei granulomi muscolari senza una manifesta sorgente infettiva in altri tessuti o in altri organi, che però non escludo possa sussistere anche se clinicamente non è dimostrabile.

Ma se l'affezione in entrambi i casi appare clinicamente primitiva, anatomo-patologicamente non possiamo ritenerla tale. Trattasi cioè di *tubercolosi muscolare ematogena.*

Il dirla primitiva è improprio, perchè tocca l'apparenza e non la sostanza del processo, osserva il Cagnetto, il quale con la designazione di *ematogena* fa rilevare come debba intendersi « di quella forma nella quale il virus tubercolare raggiunge i muscoli pel tramite dei vasi sanguigni, determinando nel tessuto muscolare localizzazioni varie, disseminate ed in ogni caso indipendenti da focolai comunque insediati in organi aventi con i muscoli rapporti di contiguità o di continuità ».

È noto come il tessuto muscolare striato non sia la sede più frequente della t. b. c. ematogena.

L'acido sarcolattico, che si produce in seguito al lavoro muscolare, è stato invocato (Tria) a causa della sua azione battericida per spiegare la refrattarietà dei muscoli all'invasione del virus tubercolare ed il Richet arriva fino ad ammettere che il muscolo secerna delle sostanze addirittura antitubercolari.

Per contro è importante notare come la trichinosi favorisca la localizzazione nei muscoli, per via ematica, del processo tubercolare.

È merito del prof. Cagnetto di aver rilevato in numerosi, diligenti esperimenti che « se si infettano di trichina conigli in corso di tubercolosi sperimentale prodotta per via ipodermica, ovverosia si tubercolizzano gli stessi animali in precedenza infestati di trichina, si rimane sorpresi nel vedere, dopo la morte spontanea degli infetti, un gran numero di tubercoli nei muscoli ».

I muscoli abitualmente colpiti sono precisamente quelli dove di preferenza suole insediarsi la trichina.

La coincidenza di sede tra il virus tubercolare e la trichina appare chiaramente all'esame microscopico anche nei casi in cui l'infezione è scarsa. Il numero di tubercoli è maggiore, allorchè la trichinosi è più intensa. All'opposto si rinvengono noduli granulomatosi scarsamente, se rare sono le trichine nei muscoli.

Risulta dalle esperienze che la trichina è capace di esercitare tale influenza come corpo vivo e non come *caput mortuum.*

Circa l'età sembra che la malattia insorga abitualmente in individui giovani, pur potendo colpire bambini e vecchi. Nel nostro primo caso trattasi di un uomo di 42 anni; nel secondo di un giovane di 21 anni.

Il *sesso* non esercita particolare influenza.

Non può dirsi lo stesso per la *professione*, poichè la malattia è stata riscontrata più frequentemente in pazienti che esercitavano mestieri faticosi. I traumi ripetuti non sono infatti estranei all'insorgenza del processo tbc. in sede muscolare (Capponago, Rossi e Fiaschi, ecc.).

Il bacillo di Koch pervenuto per via ematica nel muscolo dà luogo a lesioni, che variano in dipendenza della virulenza del microrganismo stesso e della diversa allergia degli individui colpiti.

La malattia può verificarsi a carico di uno o più muscoli ed assumere la forma localizzata o diffusa.

Il Pilliet ha descritto i particolari istologici del processo tubercolare ematogeno ed il Saltykow con esperienze ha dimostrato — come aveva ammesso il Krösing — che gli elementi muscolari partecipano sia alla infiltrazione parvicellulare,

la quale compare nei primi giorni, sia alla formazione di cellule epitelioidi, che compaiono in seguito (Kaufmann).

Dalle varie osservazioni e dai casi descritti più sopra emerge che la miosite tubercolare è principalmente una tbc. del connettivo interstiziale, che in secondo tempo induce alterazioni degenerative nella fibra muscolare.

Macroscopicamente può presentarsi sotto la forma di un tumore solido, grigio-roseo, abbastanza circoscritto nel corpo carnoso del muscolo o di ascesso freddo intramuscolare o di miosite tbc. (forma diffusa) a nodi multipli e confluenti. Vi ha inoltre una rara forma infiltrativa, in cui il muscolo totalmente o quasi è trasfomato in una massa lardacea disseminata di tubercoli immaturi (Capponago).

Più rara ancora è la cirrosi muscolare tubercolare, che è prevalentemente una forma infiltrativa.

La malattia decorre lentamente; spesso i fenomeni subiettivi e i disordini funzionali sono minimi. La diagnosi, anche quando la tumefazione è bene evidente, riesce assai difficile, potendo insorgere confusione con affezioni di varia natura.

Ed infatti se il secondo caso dimostra un certo interesse per la localizzazione del processo tubercolare, non è meno importante pel rilievo della coincidenza dei sintomi fisici con quelli di un'ernia inguinale obliqua esterna, coincidenza che mi ha indotto a propendere per questa diagnosi ed a intervenire in conseguenza per la cura radicale.

In altri due casi occorsi alla nostra osservazione nell'Ospedale Militare del Celio e trattati chirurgicamente la diagnosi è stata facilitata dalla puntura esplorativa, che ha dato esito a liquido purisimile (ascesso freddo). Entrambi erano a carico dei muscoli della parete addominale.

Non mi dilungherò a trattare le varie diagnosi differenziali. La gomma sifilitica e il sarcoma possono essere messi innanzi come affezioni che offrono più frequentemente sintomi comuni con la tubercolosi muscolare localizzata.

La prima ipotesi potrà essere scartata mercè l'esame generale, la prova biologica (R. Wassermann) e il criterio *ex juvantibus* (cura antiluetica). Per la seconda ha valore l'accrescimento più rapido ed infine la biopsia operatoria.

La cura della tubercolosi muscolare è prevalentemente chirurgica. Nelle forme ascessuali può essere sufficiente l'evacuazione, seguita da iniezioni di liquido modificatore. Generalmente però occorre l'asportazione del focolaio tubercolare, la cui escissione verrà praticata fino a tessuto sano.

La cura chirurgica sarà validamente coadiuvata dallo stesso trattamento igienico-dietetico della tubercolosi in genere.

BIBLIOGRAFIA.

Ales. *Contribution à l'étude de la tuberculose primitive des muscles striés.* Thèse de Montpellier, 1907.

Alessandri. *Miosite tubercolare del piccolo obliquo e del trasverso.* Accad. di Medicina, Roma, 22 maggio 1904.

Anzolle. *Tuberculose musculaire primitive et ses formes cliniques.* Thèse de Lyon, 1910.

Arzela. *Sulla tubercolosi primitiva dei muscoli striati.* Med. Nuova, 1923.

Aschoff. *Anatomia patologica speciale.* Vol. II, pag. 253.

Bianchetti. *Tubercolosi dei muscoli striati.* Policlinico, Sez. chirurgica, fasc. V, 15 maggio 1926.

Bobbio. *Contributo allo studio della tubercolosi primitiva dei muscoli striati.* Policlinico, Sez. chirurgica, 1911.

Cagnetto. *Tubercolosi muscolare ematogena e trichinosi.* Atti della Società Medico-chirurgica di Padova, gennaio-febbraio 1925.

Campatelli. *Un caso di tubercolosi primitiva dei muscoli.* Pensiero Med., 1924, pag. 435.

Capponago. *Due casi di tubercolosi muscolare primitiva.* L'Ospedale Maggiore, n. 6, 1923.

Forgue. *Précis de Pathologie externe.* Doin, Paris, 1922.

Formiggini. *La tubercolosi primitiva dei muscoli striati.* La Clinica Chirurgica, 1911.

Kaiser. *Zur Kenntniss der primären Muskeltuberkulose.* Arch. für klin. Chirurgie, Bd. 77-905.

Kaufmann. *Anatomia patologica.* Vallardi, Milano.

Lejars. *Tuberculose musculaire à foyers multiples.* Sémaine médicale, n. 22, 1904.

Pilliet. *Tuberculose des muscles striés chez le singe.* Soc. Anat., juillet, 1891, pag. 522.

Rossi e Fiaschi. *Tubercolosi primitiva del muscolo pettorale.* Soc. Medico-chirurgica della Romagna, 26 febbraio 1928.

Saltykow. Virchow's Arch., Bd. 171, 902.

Tria. *Tubercolosi primitiva dei muscoli.* Centralbl. f. allg. Path., 1892, Bd. III, pag. 457.

Zeller. *Ueber primäre tuberkulose der quergestreiften Muskeln.* Beiträge zur klin. Chirurgie, Bd. 39, H. 3.

Zondek. *Zur primaren Muskelntuberkulose.* Münch. med. Woch., 917, n. 27.

NOTE E CONTRIBUTI

Clinica Dermosifilopatica della R. Università di Roma.
diretta dal Prof. P. L. Bosellini.

Ancora dell'irriducibilità della Wassermann nella sifilide.

Nota II

per il dott. Antonio Mucci, assistente.

Lontano col pensiero di ritornare su questo interessantissimo argomento, che avevo già trattato in una mia precedente nota apparsa sulla *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche* nel febbraio scorso, mi induce a riprenderlo il comportamento strano della curva sierologica osservato in due luetici di antica data, che io curavo con iniezioni di bismuto e di neosalvarsan e che settimanalmente prima del trattamento sottoponevo all'esame del sangue per altre ricerche.

Nè mi fermerò sul dibattito, che appassionò molti studiosi, e cioè se quei luetici lungamente curati ma con Wassermann positiva, i quali all'esame clinico non rivelano alcun sintomo che possa far pensare ad un'infezione ancora in atto, possono essere considerati guariti, allo stesso modo che riteniamo guarito un tifoso che ha una Vidal positiva dopo molto tempo che ha superata la malattia, o se invece, come vuole la grande maggioranza, la positività della reazione stia ad indicare una infezione non ancor spenta, perchè già nel mio lavoro ho detto come io sia seguace di questa seconda corrente.

In questa mia breve nota invece, sulle tracce di altri, accennerò alle diverse curve sierologiche che si possono avere nella sifilide, cercando di indagare se dallo studio di esse possiamo trarre qualche pronostico.

R. G. a 45, luetico a 25 anni, curato saltuariamente nei primi anni con poche iniezioni di calomelano, ammogliato da 8 anni con donna sana. La moglie ebbe due gravidanze: la 1ª, aborto di tre mesi, la 2ª gravidanza a termine di una bambina che ora ha 7 anni. Sia la moglie che la bambina godono buona salute ed hanno Wassermann negativa.

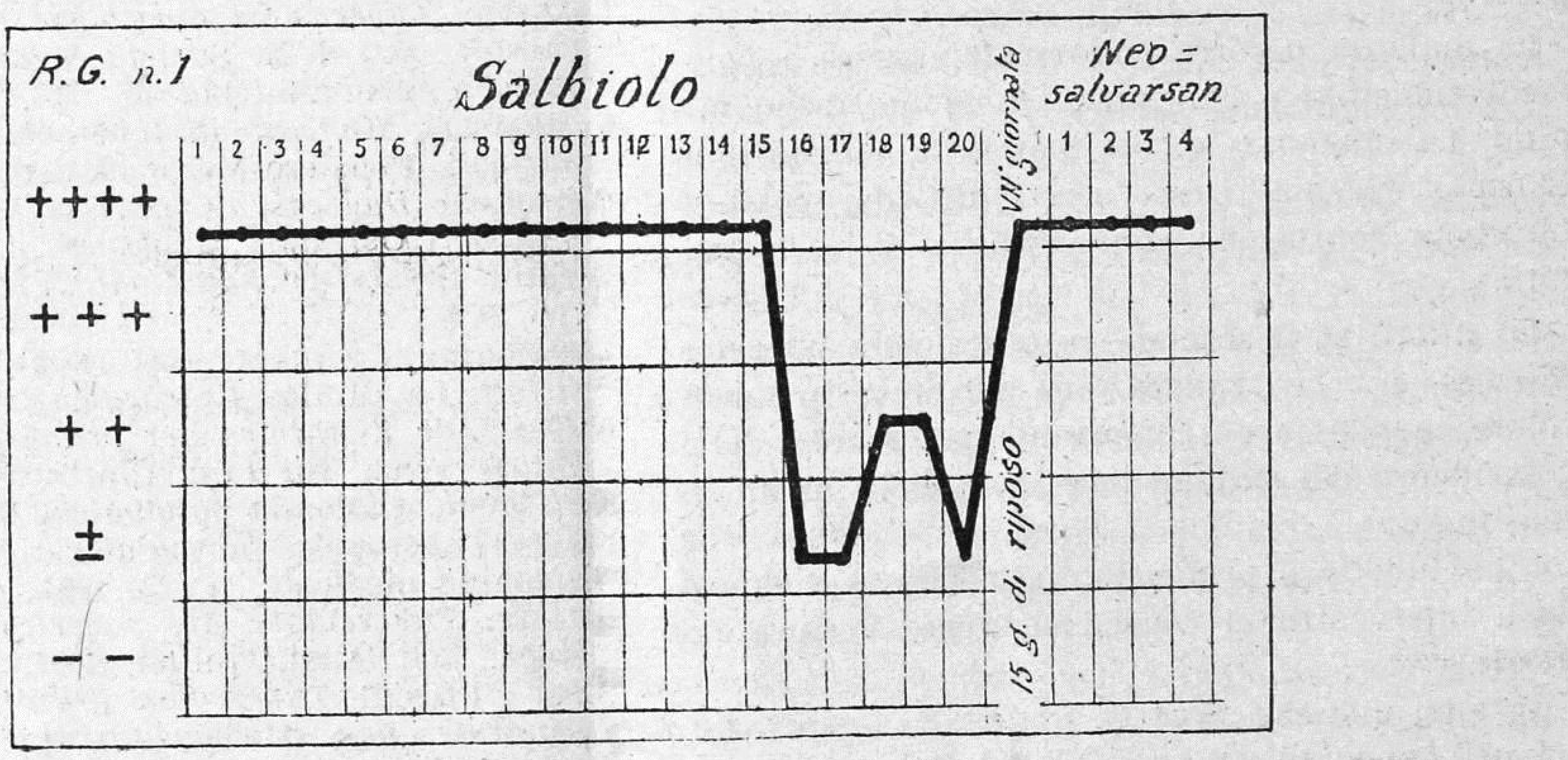
Il nostro paziente è apparentemente ben portante, ma si lagna di dolori articolari e di cefalee piuttosto intense.

All'esame clinico non si osserva nulla di notevole, tranne una certa rigidità pupillare e una diminuzione del riflesso rotuleo.

Per quanto abbiamo insistito non è stato possibile esaminare il liquido cefalo rachidiano. La Wassermann è positiva forte (+ + + +).

Si inizia una cura bismutica (salbiolo) e settimanalmente prima dell'iniezione si preleva il sangue per la Wassermann.

Fino alla 15ª iniezione la reazione si è mantenuta fortemente positiva (+ + + +) alla 16ª e 17ª iniezione si è avuto uno sbalzo improvviso e la Wassermann è diventata quasi negativa (+) alla 18ª e 19ª è risalita (+ +) alla XX è discesa (+).



Sospese le cure per 15 giorni, alla 7ª giornata è ritornata fortemente positiva (+ + + +) ed è tuttora posit. forte dopo 4 iniezioni di Neosalvarsan (tavola n. 1).

R. F. a. 40, luetico da 20 anni; celibe, dice di aver fatte sole cure iodiche in primavera e in autunno durante i primi sei anni della malattia e di aver goduto sempre buona salute. Invero clinicamente non gli si riscontra nulla che possa far pensare a un'infezione luetica. A questo pure non è stato possibile far l'esame del liquor. La Wassermann è fortemente positiva (+ + + +).

Si inizia una cura bismutica (salbiolo). Dopo la 3ª iniezione la Wass. comincia a discendere (+ + +) alla 5ª risale (+ + + +) alla 6ª e 7ª discende ancora (+ +) all'8ª e 9ª raggiunge quasi la negatività (+) alla 10ª ritorna nuovamente posit. forte (+ + + +) e permane tale fino alla 15ª, alla 16ª si ha un nuovo abbassamento della curva (+) che resta alla 17ª 18ª 19ª e 20ª iniezione e per altri 15 giorni ancora dopo la cura; a distanza di 5 giorni e cioè in ventesima

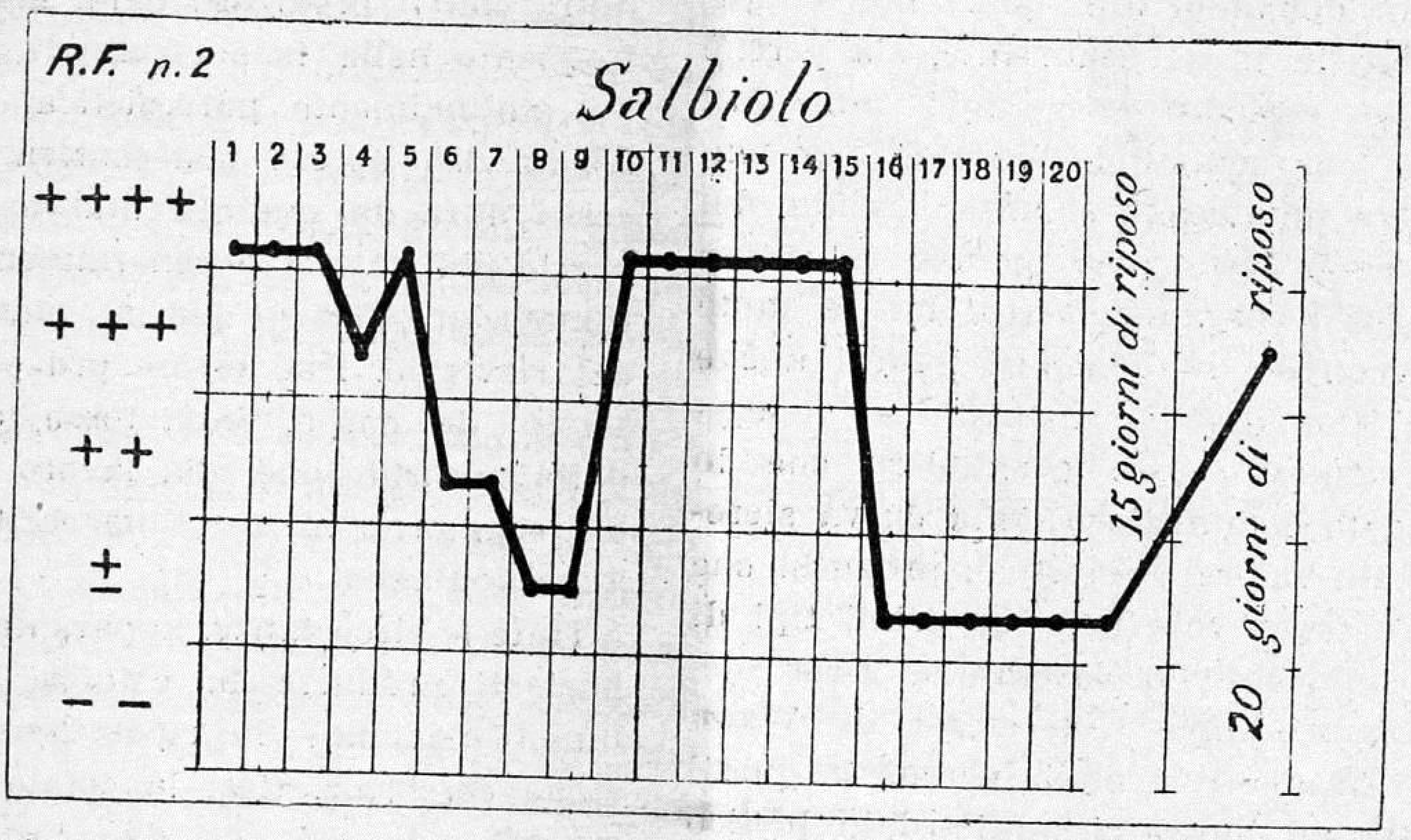
giornata si ha nuovamente la reazione positiva forte (+ + + +). Durante queste ricadute nulla è avvenuto che abbia attirato l'attenzione mia o del paziente (Tavola n. 2).

La curva sierologca che fu già segnalata da Nicolas e Charvet nel 1914, da March e da Thaysen nel 1923, da Gougerot e recentemente da Oltremare, Sézary e Pernet è un'eccellente guida terapeutica e pronostica per il clinico che la sa interpretare, quantunque certe sue particolarità siano appena segnalate e mal spiegate.

Quando esistono molte ricadute l'intervallo che le divide può variare da qualche mese a più anni (Thaysen). In genere la reazione è in totale più lungo tempo negativa che positiva, però in qualche caso (paralisi progressiva) è stata abitualmene positiva, interrotta solo raramente da qualche periodo di negatività (Sezary).

L'epoca della sifilide in cui è stata osservata la Wassermann oscillante varia da 1 a 50 anni dall'inizio della malattia.

Il ritorno della positività della W. può aversi



Regolare all'inizio della malattia, diventa in seguito capricciosa sopratutto dopo le cure, ma tuttavia se si segue passo passo per un tempo sufficiente, si può constatare che anche nel periodo tardivo obbedisce a certe leggi che è bene siano conosciute.

Negativa durante i primi 20-30 giorni dal contagio (periodo preumorale) rimane tale qualora le cure siano condotte energicamente e per un tempo sufficiente; positiva nei sifilitici che hanno sorpassato il periodo preumorale, essa ha un andamento diverso a seconda che il trattamento impedisce o meno l'evoluzione della malattia: se il trattamento che si intraprende è energico, prolungato e ben condotto, la Wassermann in breve, quasi sempre, raggiunge la negatività definitiva, ed anche in questo caso il pronostico è favorevole, qualora invece le cure pure essendo appropriate siano fatte irregolarmente, o peggio ancora la malattia sia stata abbandonata a sè si va incontro a una terza curva detta Wassermann oscillante.

La Wassermann oscillante è caratterizzata da una serie di ricadute sierologiche, coincidenti frequentemente con ricadute cliniche.

Le ricadute si presentano sotto aspetti differenti e la durata è estremamente variabile. In un caso osservato dal Pernet, una prima ricaduta è durata un mese, altre due tre mesi, un'altra sei mesi.

sia spontaneamente che in seguito a iniezioni di preparati antiluetici. Gougerot lo ha riscontrato due volte consecutive, dopo iniezioni di neosalvarsan, in un luetico con aortite.

Qesta curva oscillante, che è stata sempre osservata in luetici con lesioni gravi certamente sifilitiche (aortite, arterite obliterante degli arti inferiori, tabe, paralisi progressiva, leucoplasia, glossite, cefalee ribelli ecc.) ancora una volta ci dice come alla negatività sierologica di taluni luetici debbasi dare un valore molto relativo, sia perchè una Wassermann negativa per più anni può diventare improvvisamente positiva, sia perchè le poussées positive possono essere di breve durata ed il prelevamento del sangue essere quindi fatto in quel lasso di tempo in cui la Wass. è negativa.

Un'ultima curva infine possiamo avere nei vecchi luetici ed è la Wassermann irriducibile, la quale è caratterizzata dal fatto che la curva non raggiunge mai la negatività, pur diminuendo ed arrestandosi temporaneamente ad una positività ora più intensa ora più debole.

In questo numeroso gruppo di luetici a W. irriducibile debbonsi però tener ben distinti quegli ammalati, mai curati, e nei quali non appare alcun sintomo della malattia nonostante la positività costante della loro Wassermann, da quelli in cui la W. reazione resiste a tutti i trattamenti.

Nei primi, che Oltremare chiama luetici a W.

persistente, raggiunta la negatività in seguito a cure energiche, non si hanno più ricadute sierologiche, nei secondi invece la Wassermann non raggiunge mai la negatività ed il pronostico è piuttosto grave perchè esso denota una impregnazione profonda ed avanzata dell'organismo; infatti in questi come in quelli a W. oscillante quasi sempre trovansi alterazioni del liquido cefalo-rachidiano.

Dopo ciò quale pronostico possiamo avanzare sui nostri pazienti?

È questa una domanda alla quale non è possibile rispondere in modo esauriente, sia perchè non ho potuto espletare nei miei ammalati quelle ricerche che sono indispensabili per tentare di risolvere un quesito sì arduo (esame del liquor, radioscopie ecc.), sia perchè le difese proprie di ciascun organismo son tali e tante che possono sconvolgere qualsiasi ipotesi anche la più sicura. Comunque, da quanto sì fugacemente ho accennato posso concludere che lo studio prolungato e minuzioso della curva sierologica è di reale valore pronostico; prognosi che sarà in genere favorevole nei due primi tipi di curve (Wass. a negatività costante e Wass. decrescente); infausta invece nei casi di Wass. oscillante e di Wass. irriducibile perchè in questi ultimi essa sta ad indicarci un focolaio luetico attivo in qualche organo importante in cui lo spirocheta non viene aggredito dalle nostre cure.

LEZIONI.

I tumori cerebrali.

(LARUELLE. *Le Scalpel*).

I tumori cerebrali sono men rari di quel che generalmente si crede. La loro frequenza appare aumentata di giorno in giorno in ragione dei progressi della diagnostica. Di ciò è prova il fatto che la casistica di tali affezioni appare più abbondante nei centri culturali dove la capacità ed i mezzi di diagnosi sono più affinati.

È difficile farsi un'idea della frequenza assoluta dei tumori cerebrali perchè molti pazienti soccombono senza che mai durante la vita si siano manifestati sintomi che lascino supporre tale affezione. Nelle autopsie dei grandi ospedali si riscontra 1.4-1.7 % di tumori cerebrali che costituiscono una sorpresa necroscopica. Altri malati soccombono a disturbi cerebrali diagnosticati: congestione, emorragia cerebrale, sincopi. Altri infine presentano sintomi viscerali o sensoriali che sviano completamente la diagnosi.

La sintomatologia dei tumori cerebrali è in rapporto al volume, alla sede ed alla natura del neoplasma.

Generalmente i primi sintomi rivelatori sono quelli dovuti all'ipertensione endocranica: *cefalea, vomito, papilla da stasi.*

Questa è la triade classica rivelatrice, tuttavia riandando nella storia dell'infermo si trova che questi già da tempo soffriva algie della testa, della faccia, del collo, parestesie, scosse mioclониche, malessere vago.

La *cefalea* è il sintoma più frequente (88 % dei casi) ed il più precoce. Sembra legata alla fase d'installazione dell'ipertensione, tende a diminuire con il progresso della malattia ed è meno frequente nella fase terminale.

È abitualmente parossistica, ad inizio e fine improvvisi, spesso consecutiva al vomito. L'accesso dura da qualche minuto a parecchie ore, per lo più un'ora, e generalmente si ha in determinate ore per lo più al mattino al momento del risveglio. Può essere provocata da certe posizioni del corpo, dalla tosse, dalla defecazione, dalla mestruazione, dal lavoro cerebrale intenso, dal soggiorno in un clima eccitante marino o di alta montagna.

Tutte le circostanze, apparentemente diverse, capaci di produrre la cefalea hanno un fattore unico d'azione: la ripercussione sulla circolazione cerebrale. Così la cefalea al momento del risveglio dipende da due fattori meccanici: la pressione sistolica che cade al principio del sonno, risale nella seconda parte della notte, al risveglio, provocando un aumento correlativo della tensione endocranica; l'ostacolo relativo nella circolazione venosa di ritorno e l'appiattimento meccanico dei seni prodotto dalla posizione orizzontale.

Nei tumori dell'ipofisi la cefalea è più continua e più violenta perchè il neoplasma racchiuso nella cavità inestensibile della sella turcica esercita una continua, forte pressione sul diaframma meningeo che la chiude in alto.

La cefalea dei tumori cerebrali ha forma varia (pulsante, gravativa, esplosiva) ed è spesso accompagnata da irradiazioni algiche e da dolore alla percussione o alla sola pressione sulla sua sede principale. La cefalea con irradiazioni alla faccia, alla nuca, alla mastoide dovrà far pensare rispettivamente ad un tumore della fossa cerebrale media e posteriore o dell'angolo pontocerebellare.

La cefalea può assumere il tipo emicranico con sintomi visivi (scotomi scintillanti), sensitivi (parestesie, anestesie) e motori (convulsivi e paralitici). Nei tumori della tenda del cervelletto e posti nella fossa cerebrale posteriore la cefalea ha precocità, violenza e costanza particolari.

Le iniezioni sottocutanee o intrarettali di soluzione salina ipertonica sogliono calmare la ce-

falea. Questo effetto sedativo può essere ottenuto anche, ma in modo meno netto, ipertonizzando la massa sanguigna con l'ingestione boccale di 10-15 grammi di cloruro di sodio.

Il *vomito* è meno frequente della cefalea, ma si ha per lo meno nel 60-65 % dei casi. È un sintoma precoce e talvolta unico, che diventa sempre più frequente nel corso della malattia. È un vomito facile, senza nausea, senza sforzo, a getto, che si ha per lo più alla fine della notte, al risveglio. Specie nei tumori dell'angolo ponto-cerebellare può diventare così frequente ed estenuante da provocare l'inanizione e la cachessia. In tesi generale può affermarsi che quanto più posteriore è la sede del tumore tanto più facilmente si ha l'idrocefalo interno e quindi il vomito. Nei tumori frontali il vomito si ha nel 34 % dei casi mentre in quelli sottotentoriali si ha nel 75 %.

La *papilla da stasi* è il sintoma più sicuro e più obbiettivo dei tumori cerebrali. L'esame del fondo dell'occhio deve essere praticato in ogni caso di cefalea ostinata, anche se non esistono disturbi visivi, perchè è risaputo che si può avere papilla da stasi anche in forma avanzata con vista quasi intatta. L'esistenza della papilla da stasi deve far ritenere molto probabile il tumore endocranico, ma la sua assenza non esclude la diagnosi di tumore cerebrale.

I *disturbi psichici* sono frequentissimi. Jeliffe li ha riscontrati nel 60-85 % dei casi. Non sono sempre evidenti e devono perciò essere ricercati con metodi di esplorazione capaci di svelarli. Possono aversi leggere modificazioni dell'umore, del carattere e dell'intelligenza, le quali sogliono risentire le variazioni della pressione endocranica. Queste modificazioni possono raggiungere gradi tali da indurre una profonda alterazione della personalità intellettiva ed affettiva. Possono infine prodursi stati mentali morbosi a tipo neurastenico, isterico o vere psicosi più o meno caratteristiche. In certi casi, come è quello dei tumori dei lobi frontali, l'esame psichico consente la diagnosi di localizzazione.

I *disturbi epilettoidi* figurano nella casistica dei tumori cerebrali nel 30-50 %. Ma questa percentuale deve essere certamente maggiore se si tien conto delle forme epilettiche non convulsive quali l'epilessia sensitiva, gli accessi parestesici, gli equivalenti psichici e viscerali, come le astenie fugaci, le crisi di vertigini, di mioclonie, di tremori, di brividi, d'oppressione, di tachipnea, di tachicardia parossistica.

I *disturbi oculari* ed i *sintomi visivi* dei tumori cerebrali sono di solito precoci e possono raggrupparsi così: 1) modificazioni del volume del globo oculare e della sua situazione nell'orbita; 2) modificazioni dell'acutezza visiva; 3) riduzioni del campo visivo (scotoma, emianopsia, deficit a quadrante); 4) modificazioni dell'ampiezza, della forma e delle reazioni pupillari; 5) disordini della musculatura esterna (insufficienza accomodativa, diplopia, strabismo); 6) disturbi paralitici ed irritativi centrali (della corteccia, dei centri visivi e delle vie d'associazione: cecità psichica, allucinazioni visive, dislessia).

Spesso i disturbi visivi anche quando sono molto pronunciati sono ignorati dai pazienti, perciò bisogna ricercarli accuratamente ed in ogni caso sospetto. I sintomi neurologici generali associati danno ad essi il loro giusto significato, e quelli neurologici vicini conducono alla diagnosi topografica del neoplasma consentendo di precisare il punto leso dell'apparato nervoso, dalla retina fino alla corteccia occipitale.

Le *vertigini* possono verificarsi sotto forme differenti, dal leggero malessere, semplice sensazione vertiginosa senza alcun fenomeno obbiettivo, fino alla caduta ed al disorientamento psichico completo. Numerose sono le forme intermedie nel quale l'elemento obbiettivo (disquilibrio) e quello subiettivo (sensazione vertiginosa) prendono una parte più o meno grande. Come ripercussione mentale di questi disturbi si possono avere fobie dello spazio e del cammino, per cui gli infermi si comportano come agorafobici o astasici-abasici.

Nei tumori del cervelletto si hanno disordini obbiettivi importanti (disquilibrio, incoordinazione) e sensazioni vertiginose poco marcate; nei tumori della fossa cerebrale posteriore e sopratutto nei tumori dell'acustico o quando sia affetto il labirinto si hanno sensazioni vertiginose marcatissime.

I *sintomi d'eccitazione o di paralisi dei nervi cranici* sono prodotti o direttamente dalla compressione neoplastica, o indirettamente dalla ipertensione, o infine come conseguenza d'una reazione meningea.

Al riguardo a notare che anche inizialmente non sono rari i disturbi della deglutizione, ed in ispecie il rigurgito nasale e la difficoltà d'ingoiare i solidi.

Nell'atto della deglutizione partecipano le ultime quattro paia di nervi cranici, sia per provocare i riflessi che regolano la successione dei movimenti (fibre sensitive del IX e X), sia per l'effettuazione dei movimenti stessi (fibre motorie del IX, XI e XII). Ora basta la lesione di uno di questi nervi per disturbare tutto il meccanismo della deglutizione.

La *puntura lombare* dà utili elementi per la diagnosi dei tumori cerebrali.

La *pressione del liquido cefalo-rachidiano* presa

con il manometro di Claude è normalmente uguale a 20-25 in decubito orizzontale, 35 in posizione seduta, ma bisogna considerare anormali solo le pressioni rispettivamente superiori a 30 e 45. Oltre la semplice ipertensione possono rilevarsi altre anomalie dipendenti dall'ostacolo alla circolazione del liquor: 1) la pressione normale al principio della puntura, può cadere notevolmente dopo l'evacuazione di qualche centimetro cubico di liquido (*segno di Ayala*); 2) può esservi una discordanza notevole tra la pressione cranica elevata e quella rachidea bassa (*dislocazione manometrica cefalo-rachidea*); 3) *l'inerzia manometrica* che si manifesta con l'immobilità dell'ago manometrico durante i movimenti respiratori e gli sforzi della tosse e della parola; 4) il *segno delle giugulari*: la compressione delle giugulari provoca un aumento della pressione intracranica che ha la sua ripercussione in un aumento della pressione rachidea, donde uno scarto del manometro di 5-15, elevazione che cessa rapidamente decomprimendo le giugulari; in caso di tumore comprimente le vie di passaggio del liquor, il sollevamento e l'abbassamento del manometro sono lentissimi e scarsi (*segno di Queckenstedt*).

L'*esame cito-diagnostico* è generalmente negativo; solo nei tumori del corpo calloso si può avere una reazione leucocitaria abbondante per le loro ripercussioni sul plesso coroideo.

Il *tasso d'albumina* è generalmente elevato. L'assenza di reazione leucocitaria e l'iperalbuminosi costituiscono la dissociazione albumino-leucocitaria che è un segno di tumore cerebrale. Nelle localizzazioni nella fossa cerebrale posteriore si può avere la sindrome di Froin: xantocromia, coagulazione in massa del liquor. Le reazioni biologiche sono negative.

L'esame radiologico può mettere in evidenza deformazioni della sella turcica, alterazioni dei seni, delle suture, degli orifici cranici, della rocca, e proliferazioni ossee, oltre ad eventuali depositi calcarei nella massa stessa del tumore e calcificazioni delle meningi, della falce, della glandola pineale. L'esame negativo non è probativo per escludere l'esistenza del tumore.

Tutti i sintomi sopra accennati sono la conseguenza della reazione meccanica, circolatoria o tossiemica del neoplasma. Ma i tumori cerebrali oltre questi sintomi ne possono provocare altri che sono legati alla loro sede. Questi sintomi a focolaio nei tumori intracerebrali sogliono comparire tardivamente, ma in molti casi e sopra tutto nelle forme extracerebrali costituiscono i primi disturbi, mentre i sintomi generali, quando si producono, si manifestano verso la fine. In queste forme, che come delle altre hanno carattere maligno, la diagnosi precoce è tanto più utile in quanto sono quelle che meglio si prestano al trattamento chirurgico e radioterapico.

Le sindromi costituite dall'insieme di questi sintomi locali possono essere così classificate: sindromi chiasmatiche, sindrome ipofisaria, sindrome dell'angolo ponto cerebellare, sindrome del foro occipitale.

Le *sindromi chiasmatiche*, generalmente dovute a tumore del chiasma ottico, si annunziano con indebolimento dell'acutezza visiva, che non dipende da atrofia del nervo ottico o da stasi papillare, ma da riduzione del campo visivo. L'esame radiologico mette in evidenza profonde alterazioni della parte scheletrica corrispondente.

Le *sindromi ipofisarie*, dovute a tumore dell'ipofisi sono caratterizzate da disturbi dell'equilibrio nutritivo, dello sviluppo e del metabolismo generale (acromegalia, obesità a tipo adiposo-genitale, poliuria, glicosuria, alterazioni del metabolismo basale). A questi sintomi si aggiungono gravi disturbi visivi. L'esame radiologico rileva modificazioni caratteristiche della sella turcica, delle apofisi clinoidi, o immagini particolari dovute a calcificazione del tumore.

La *sindrome dell'angolo ponto-cerebellare* si manifesta con sintomi di lesione o irritazione del nervo acustico (rumori subbiettivi, riduzione dell'udito da un lato ed infine con vertigini e disturbi dell'equilibrio), del facciale (lieve paresi, spasmi o solo ipereccitabilità meccanica innervali col facciale) e del trigemino (diminuzione della sensibilità della cornea). Questi sintomi, specie se si stabiliscono lentamente, devono far sorgere il sospetto di tumore dell'angolo ponto-cerebellare, la cui diagnosi sarà confermata da altri sintomi: sintomi bulbari, papilla da stasi, modificazione radiografica caratteristica della rocca e del foro uditivo interno.

La *sindrome del foro occipitale*, dovuta a tumore con sede nella parte bassa della fossa cerebrale posteriore in vicinanza del foro occipitale, è costituita dai sintomi seguenti: *cefalea* occipito-nucale con irradiazioni verso il collo, accessionale, ed influenzata dalla posizione della testa in flessione o iperestensione; *contrattura* o *spasmo dei muscoli del collo* che danno alla testa un atteggiamento speciale; *disturbi respiratori, cardiaci e circolatori* (tachipnea, tachi- e bradicardia alternate; *disturbi viscerali* (spasmo della deglutizione, dispepsia, intolleranza alimentare, malessere, iperidrosi, disturbi vasomotori cefalici provocati dall'ingestione di alimenti); *disturbi nutritivi* (glicosuria, iperglicemia, modificazioni del metabolismo basale); *sintomi manometrici del liquido cefalo-rachidiano* (le differenti prove della tosse, della respirazione, della testa e il segno

delle giugulari attestano l'ostacolo al passaggio del liquor attraverso il foro occipitale).

La sindrome del foro occipitale è importante perchè essa può essere scambiata con forme nevrotiche.

Una volta fatta la diagnosi occorre procedere subito alla trapanazione della fossa posteriore e liberare il foro occipitale: solo così si può scongiurare la morte.

DR.

SUNTI E RASSEGNE.

AFFEZIONI ADDOMINALI ACUTE.

Prevenzione e diagnosi precoce delle affezioni addominali acute.

(COPE. *British Medical Journal*, 5 genn. 1929).

La lotta contro le affezioni addominali acute s'impernia su due elementi: studio delle cause delle affezioni e dei mezzi atti ad eliminarle, e dall'altra parte accertamento quanto più precoce possibile per evitare che si producano vaste e irreparabili lesioni o si producano fatti capaci di condurre all'esito letale.

Fino a che non si conoscerà l'esatta patologia delle varie condizioni addominali non si potranno adottare norme precise per la loro prevenzione, ma non è dubbio che l'accurato rilievo dei sintomi può evitare fatti catastrofici.

Al riguardo la prima condizione da prendere in esame è l'ulcera gastrica e duodenale. È possibile evitare la perforazione? Quando si consideri che attualmente noi possediamo eccellenti mezzi diagnostici per l'accertamento dell'ulcera gastrica e duodenale, e che con la radioscopia si può fare la diagnosi di natura e di sede della lesione fin quasi dal loro inizio, si deve concludere che le emorragie letali dovrebbero essere assolutamente eccezionali. Con la cura medica o chirurgica si è oggi in grado di aver ragione della lesione, di eliminare i disturbi attuali e di evitare la possibilità di fatti gravi più o meno irreparabili. D'altra parte è raro che un'ulcera gastrica o duodenale decorra per lungo tempo silenziosamente e giunga al punto da provocare una emorragia letale o la perforazione senza dare l'avviso della sua esistenza. E di solito pochi giorni prima della perforazione si ha un'esacerbazione dei sintomi, che dovrebbe consigliare quelle cure, sopratutto il riposo assoluto, atte a prevenire la fatale eventualità.

Studi fatti recentemente tenderebbero a dimostrare che l'appendicite si sarebbe fatta più frequente a causa di certe abitudini alimentari, sopratutto dell'aumento del consumo della carne e della diminuzione del consumo di sostanze contenenti cellulosa. La prevenzione dell'appendicite si fa quindi diminuendo la alimentazione carnea ed aumentando quella vegetariana ed insieme prevenendo la stipsi. E sarebbe conveniente anche diminuire la quantità totale dell'alimentazione. L'appendicite è più frequente nei popoli che mangiano di più e si diffonde con l'aumento della razione alimentare. In effetti nelle prigioni l'appendicite è più rara e Horsley Gautt ha dimostrato che dopo la rivoluzione russa essa è diventata molto rara nelle masse bolsceviche.

La colecistite e la colelitiasi hanno strette relazioni con l'appendicite: possono essere coesistenti o verificarsi nello stesso individuo a distanza di tempo. È verisimile che le stesse cause producano le dette affezioni, il che è confermato dalla notevole e parallela diminuzione della loro frequenza in Russia dopo la rivoluzione. È stato provato che l'infezione della cistifellea può essere primaria nella parete del viscere, il che dimostra la sua origine ematica. Perciò nella prevenzione della colecistite e dell'appendicite si deve tener conto dei focolai che possono essere il punto di partenza dell'infezione, localizzati eventualmente alle fauci, alla bocca, ai seni frontali. D'altra parte lo svuotamento regolare della cistifellea è una condizione favorevole per prevenire la infezione, e perciò per i predisposti alle affezioni della vescica biliare è raccomandabile l'uso periodico di purghe di solfato di magnesia, che rilasciando il dotto biliare favorisce il flusso della bile. La prevenzione della colelitiasi dovrebbe essere imperniata sulla prevenzione non solo delle infezioni ma anche della ipercolesterinemia e dell'eccessivo inspessimento della bile, ma purtroppo non si conoscono mezzi di sicura efficacia al riguardo.

La prevenzione delle salpingiti gonococciche è praticamente difficile, perchè il più delle volte le donne sono infettate malgrado l'assenza di ogni segno di uretrite acuta nell'uomo. Il contagio avviene per germi provenienti da un processo cronico latente localizzato nella prostata, nelle vescichette seminali o in qualche plica dell'uretra. Perciò gli individui che hanno sofferto blenorragia dovrebbero prima del matrimonio essere accuratamente esaminati, attivando eventualmente i focolai latenti con il passaggio di candelette o con l'iniezione endouretrale di nitrato di argento, di alcool, o di vaccino.

La prevenzione dell'occlusione intestinale è impossibile in qualche caso, problematica in altri, ma facile nella maggioranza dei casi. Al riguardo è a tener presente che per lo più tale accidente è la conseguenza di un'ernia la cui cura radicale a mezzo dell'operazione risulta quasi sempre efficace. In altri casi la prevenzione è men facile o addirittura impossibile perchè i sintomi premunitori sono molto vaghi e le alterazioni fisiche così leggere da sfuggire all'esame. Le stenosi cancerigne dell'intestino, le bozze peritoneali causanti ernie

intraperitoneali, lo strangolamento del diverticolo di Meckel, il raggrinzamento del mesentere e dell'intestino da calcificazione delle glandule linfatiche possono difficilmente essere prevenute, mentre le aderenze intraddominali consecutive ad operazioni possono essere limitate manipolando delicatamente gli intestini, riducendo al minimo i drenaggi, peritoneizzando ogni scarnificazione intestinale e curando i dettagli nella sutura della parete addominale.

Ogni caso di dolore addominale forte che duri oltre sei mesi è grave abbastanza per meritare la seria attenzione del chirurgo, non per ricorrere senz'altro all'intervento, ma per escludere quelle forme addominali che possono richiedere un'operazione sollecita. Si deve prendere in considerazione il dolore, ma è raro che questo sia il solo disturbo.

I sintomi più comuni nelle affezioni addominali acute sono: il dolore, la nausea o il vomito; la sensibilità locale; la rigidità muscolare locale; il meteorismo; l'iperestesia; lo shock; l'alterazione del polso, della respirazione e della temperatura; la lingua patinosa; la stipsi; l'alterazione della facies. Ora mentre tutti questi sintomi sono molto variabili, il dolore è il più costante.

L'alterazione della facies è difficile a descriversi, ma è così caratteristica da potere essere facilmente riconosciuta anche da un infermiere sperimentato.

Il vomito è frequentemente assente nell'appendicite, occorre spesso immediatamente dopo la perforazione di un'ulcera, manca per lo più nell'occlusione del colon e talvolta anche in quello del tenue quando la gangrena segue rapidamente, non è un sintoma costante della gestazione ectopica. La nausea è più costante, ma non è un sintoma patognomonico.

Il meteorismo è presente negli stadii iniziali solo nell'occlusione del grosso intestino.

L'alterazione della frequenza del polso ha discreto valore clinico quando è presente, ma talvolta manca del tutto. Così nelle coliche acute può essere rallentato, nella perforazione dell'ulcera gastrica e duodenale può ritornare normale dopo due o tre ore, nell'occlusione intestinale può essere normale o rallentato fino a che non comincia la tossiemia e quando non c'è shock, nell'appendicite può essere normale a meno che non ci sia peritonite o l'appendice sia distesa da materiale tossico, e, quantunque eccezionalmente, anche nella pancreatite può mancare qualsiasi modificazione del polso.

Le variazioni della temperatura nelle affezioni addominali acute hanno notevole importanza prognostica. La caduta di parecchi gradi accompagnata da forte dolore indica la imminenza della catastrofe anche se l'aspetto del malato non si altera. La febbre manca nell'occlusione, è moderata nelle infiammazioni peritoneali, ed è alta in quelle condizioni nelle quali l'infezione è localizzata in piccole cavità, come la pelvi renale ed il dotto biliare.

La stipsi è un sintoma troppo vago per essere utilizzato per la diagnosi precoce. Lo stesso può dirsi dell'aspetto della lingua.

L'aumento della frequenza respiratoria deve indurre all'esame dei pulmoni.

La rigidità muscolare locale può mancare nell'appendicite quando l'infezione non ha attraversato la parete dell'appendice ed anche quando si è stabilita la peritonite, quando la infezione colpisce una parte silente della cavità peritoneale ad esempio la pelvi o la parte centrale dell'addome.

In conclusione la diagnosi di un'affezione addominale acuta e grave è decisa principalmente dai caratteri del dolore spontaneo o provocato. Il dolore perciò deve essere ben indagato da ogni punto di vista, dal modo d'inizio, dal suo carattere, dalla sua durata, dalla sua intensità, dalla sua localizzazione, dalle sue variazioni in rapporto alla posizione del corpo, alla respirazione, alla minzione, alla defecazione, dalla sua diffusione, dalle sue sedi di riferimento.

DR.

Addome acuto da perforazione.

(BOBBIO. *Minerva Med.*, n. 27, 1928).

Per addome acuto s'intende quell'improvviso ed intenso dolore addominale, che insorge in pieno benessere, e che si accompagna a difesa muscolare, indice d'una perforazione. In questi casi l'A. consiglia l'immediato intervento laparatomico, anche ignorando l'esatta sede della perforazione, sia essa dipendente da un'ulcera gastroduodenale, o da perforazione appendicolare, o della vescichetta biliare, o per pancreatite emorragica.

La sede della perforazione si può stabilire più facilmente nel primo momento; dopo le 24 ore per la reazione peritoneale, o per il versamento del liquido nel piccolo bacino, o nella fossa iliaca, si ha una difesa muscolare con dolori alla pressione, che mentiscono la primitiva sede.

Può accadere che un'ulcera gastro-duodenale può avere una sintomatologia muta, fino al momento della emorragia per perforazione; ma se si tratta dell'appendice, in genere esistono sempre dei sintomi leggeri che fanno sospettare la infiammazione dell'appendice, con dolori, coliche appendicolari, e tutto il corteo sintomatologico dell'appendicite. Spesso un purgante, preso coll'intenzione di vuotare l'intestino, è la causa della perforazione, la quale si presenta con un dolore vivo alla fossa iliaca destra, lieve febbre, vomito; talora diarrea e disuria.

Non sempre la sintomatologia è così netta e completa; in ogni modo conviene senza indugio

intervenire con una laparatomia esplorativa mediana.

Per la perforazione della vescichetta biliare l'A. riporta il caso clinico d'una donna, con precedenti di calcolosi biliare, la quale improvvisamente è colta da un dolore vivo all'ipocondrio destro, con irradiazioni posteriori e all'epigastrio, e con vomito, febbre, stato generale piuttosto cattivo. A questi sintomi si aggiunse presto contrattura dei muscoli della parete del bordo costale destro e peritonite generalizzata.

La pancreatite acuta si presenta con vomito abbondante e frequente, stato di collasso, spesso singhiozzo; scarsa rigidità della parete addominale; nei giorni seguenti si nota evidente la metà sopraombelicale sporgente, e la metà inferiore tesa e avvallata.

L'A. tratta poi della diagnosi differenziale di alcune affezioni, che possono simulare una perforazione; coliche biliari, renali, intestinali, saturnine, occlusione intestinale, trombosi ed embolie mesenteriche, ulcerazioni tifiche, piosalpingite e gravidanza tubarica. CARUSI.

OSSA E ARTICOLAZIONI.

Studi sperimentali sull'atrofia ossea di Südeck.

(G. SEGRE. *La Chirurgia degli organi di movimento*, vol. XIII, fasc. I).

L'atrofia ossea di Südeck, che insorge in modo acuto nelle infiammazioni acute e croniche delle ossa e delle articolazioni, nelle fratture, nelle distorsioni, nelle lesioni dei nervi e delle parti molli, ecc. ed evolve lentamente come una malattia cronica verso i suoi esiti riparativi o distruttivi, ha dato luogo a varie interpretazioni patogenetiche (*teoria infiammatoria; t. riflessa; t. dell'inattività; t. dell'edema; t. vasomotoria; t. sensitivo-trofica*).

L'A. nell'intento di portare un contributo allo studio sperimentale di tale malattia ha eseguito due serie di ricerche.

Nella prima ha ottenuto atrofia del calcagno in due conigli, di cui: uno fu sottoposto sperimentalmente a fatti d'infiammazione (osteomielite del femore con inoculazione diretta nel midollo di una cultura pura di micrococco melitense); l'altro ad inattività assoluta mediante recisione del tendine d'Achille e bendaggio gessato. In altri due conigli sono stati ottenuti risultati poco evidenti di atrofia del calcagno provocando edema delle parti molli con battiture quotidiane con sacchetti di sabbia per un periodo di un mese.

La seconda serie di esperimenti si riferisce a dodici cavie, divise in quattro gruppi.

Nel I gruppo l'A. ha praticato in 3 cavie tenotomia del tendine di Achille, procedendo a sutura immediata del tendine stesso.

Nel II gruppo, semplice tenotomia sottocutanea del tendine di Achille.

Nel III gruppo, recisione ed asportazione per breve tratto dello sciatico.

Nel IV gruppo, recisione accurata di tutti i fasci nervosi e simpatici che accompagnano il tendine di Achille e recisione dell'arteria nutritizia del calcagno.

Quanto più grande è l'inattività, tanto più spiccati sono i sintomi di atrofia. La resezione dello sciatico provoca l'atrofia più marcata, poichè determina l'inattività per paralisi di parecchi gruppi muscolari, disturbi legati all'anestesia e fatti di alterato trofismo. Scarsi invece sono stati i risultati ottenuti nell'esperienze dell'ultimo gruppo, in cui — contrariamente ai dati di altri autori — sono comparsi solo tardivamente lievi e fugaci segni di atrofia.

In conclusione, fattori vari possono determinare l'atrofia di Südeck, poichè lo scheletro risente con maggiore o minore sensibilità l'influenza di tutte quelle azioni, che operano su di esso e sulle parti molli vicine e lontane. C. GIACOBBE.

Gli innesti ossei nel trattamento del tumore bianco del ginocchio e della coxalgia.

(VIGNARD. *Lyon Chirurgical*, n. 2, 1928).

L'A. per lungo tempo ha curato il tumore bianco intervenendo sulle epifisi, scucchiaiando i prodotti patologici e colmando la perdita di sostanza con miscela inerte; in questi ultimi tempi però l'A. si è dovuto accorgere che tale metodo rendeva l'osso assai fragile e che la miscela estranea non traduceva nessun fatto di rigenerazione o di consolidazione.

Partendo dal concetto che in una articolazione, colpita dalla tubercolosi, le epifisi presentano gravi disturbi circolatori dovuti alla congestione venosa, prodotta dallo strozzamento dei vasi a causa dell'edema e della tromboflebite, l'A. credette opportuno cercare di migliorare la circolazione, svuotando l'epifisi dal sangue venoso e in seguito fornendo elementi di rigenerazione ossea con innesti impiantati nell'epifisi con l'estremità libera nei tessuti paraarticolari.

L'A. pensa che grazie ai capillari che si sviluppano intorno agli innesti, ed inoltre per le vie che si stabiliscono fra le estremità degli innesti stessi, i tessuti molli periarticolari, sangue bene ossigenato e nuovi succhi nutritizi debbano giungere alle epifisi malate.

Altra proprietà degli innesti ossei è di spiegare una azione trofica portando in sito elementi di recalcificazione rinforzando e stabilendo così la architettura ossea normale.

Per il ginocchio l'A. usa la seguente tecnica: trapanazione laterale dell'epifisi inferiore del femore e di quello superiore della tibia, scucchiaiamento del midollo osseo sospetto, infissione poscia nei due tunnels di una porzione di costa (VIII-IX) divisi longitudinalmente.

L'innesto deve essere più lungo dei tunnels in modo che la sua estremità possa venire piegata e infissa nei tessuti periarticolari; così agendo l'innesto dovrebbe rappresentare una specie di canale nutritizio in rapporto alla porzione intraossea.

La tecnica eseguita per la tubercolosi dell'anca, non si diparte dalla precedente; con un taglio ad U si stacca il bordo superiore del gran trocantere giungendo alla faccia superiore del collo del femore, ed intorno alla cavità cotiloidea, innalzando una parte dei muscoli della natica.

A questo punto si introduce in un orificio praticato sulla faccia esterna del gran trocantere un innesto osseo lungo il collo fin sulla testa femorale, ed a traverso a questa fin alla cavità cotiloidea.

Gli innesti intrepifisari si mantengono bene abbastanza a lungo, sono ben tollerati, e finiscono poi per confondersi col tessuto osseo; mentre gli innesti extraarticolari sono di minore riassorbimento e mal tollerati.

L'A. riporta il risultato su 7 tumori bianchi del ginocchio e 6 coxalgie.

Dei sette operati del ginocchio, quattro sinoviectomizzati e trattati con l'innesto: una recidiva, due guarigioni, una anchilosi.

Dei tre con innesto senza aprire l'articolazione, una recidiva e due guarigioni con anchilosi.

Dei sei operati dell'anca tutti con innesto intraarticolare, quattro guarigioni, una anchilosi, una anchilosi viziosa.

Sulla indicazione di questo metodo: casi iniziali per conservare il massimo della funzione; casi antichi per ottenere una fissazione in buona posizione in una articolazione che tarda ad anchilosarsi e che fa pensare ad una recidiva.

FILIPPA.

Sulla cura chirurgica delle affezioni croniche non specifiche del ginocchio.

(MANDL. *Arch. klin. Chir.*, vol. 151, fasc. 2, pag. 302, 1928).

Come è premesso nel titolo vengono escluse tutte quelle affezioni croniche dipendenti da cause infettive e specie quelle da tubercolosi e sifilide, molto frequenti. Sono incluse quelle dipendenti da fattori traumatici e meccanici, da cause infettive sconosciute, da alterazioni vascolari, da alterazioni endocriniche.

Nel primo gruppo rientrano affezioni consecutive a traumi gravi e a traumi lievi. Secondo Beneke e Pommer stimoli meccanici ripetuti possono determinare alterazioni della cartilagine, così p. es. agiscono anche alterazioni della funzione articolare e incongruenze delle superfici articolari da deformità. Nel secondo gruppo si classificano alterazioni descritte dal Payr come artriti secondarie da cause batterio-tossiche consecutive a focolai infettivi tonsillari, dentari, uretrali, digerenti, ecc.

Le cause vascolari, studiate da Wollenberg e Axhausen, formano un terzo gruppo in cui le alterazioni sono indirette, determinate cioè da necrosi primitive asettiche epifisarie consecutive alla lesione vascolare. Queste sono state riprodotte sperimentalmente

Il quarto gruppo è in rapporto con fattori endocrini e costituzionali, rapporto indicato specie dalla comparsa frequente dell'artrite deformante all'epoca della menopausa.

Dal punto di vista dell'indicazione generale sono passibili di cura chirurgica le alterazioni croniche primitive, non le secondarie, in cui la cura consiste in quella dell'affezione primaria.

Occorre sempre far precedere un tentativo di cura conservativa, sia con immobilizzazioni ripetute, sia con altri mezzi comuni. Indicazione assoluta rappresentano: 1) corpi mobili articolari consecutivi a trauma o ad artrite deformante, 2) alterazione dei legamenti e loro conseguenze; 3) versamenti cronici o recidivanti; 4) posizione viziosa dei capi articolari. Indicazione relativa è data da giovani con alterazioni della funzione.

Dal punto di vista operatorio, si distinguono 3 gruppi:

a) la sinoviale è l'unica a essere colpita dal processo; si hanno versamenti ripetuti: la sinoviectomia porta a guarigione completa;

b) alterazioni della cartilagine e della sinoviale consecutiva, p. es., a lesioni dei menischi. In questi casi è indicata la così detta artrotomia conservativa di Payr, cioè l'asportazione di tutte le parti malate. I risultati sono brillanti quando l'operazione è condotta radicalmente;

c) alterazioni che insorgono primariamente e in cui l'origine dell'affezione è nell'osso e nella cartilagine. In questi casi sono importanti le alterazioni cartilaginee che si rendono evidenti per la crepitazione. La malattia è sviluppata quasi esclusivamente sulla rotula.

Queste alterazioni sono state studiate di recente dal Laewen e oggi sono già molto numerosi i successi operatorii. L'operazione consiste nella asportazione della cartilagine ammalata; non occorre, dal punto di vista della funzione, di ricoprire le parti recentate con lembi sinoviali. L'A. chiama l'intervento « modellamento operativo di Hildebrandt ». I risultati operatori sono ottimi.

L'A. preferisce per l'artrotomia il taglio bilaterale a S.

VALDONI.

Risultati dell'operazione di Robertson-Lavalle.

(J. LASCOMBE. *Rev. de Chir.*, n. 4, 1928).

L'A. riferisce sugli esiti dell'operazione di Robertson-Lavalle, eseguita in 23 casi nel reparto del prof. Delbet. Le operazioni riguardano: 13 osteoartriti tbc. del ginocchio; 4 del piede; 3 dell'anca; 2 dell'articolazione sacroiliaca; 1 del gomito.

In linea generale l'A. afferma che l'azione che quest'atto operativo ha sul dolore è notevole: in quasi tutti gli ammalati il dolore è scomparso in poche ore o pochi giorni. Questa scomparsa del dolore è definitiva negli infermi la cui artrite volge a guarigione; mentre è passeggera negli altri. La guarigione non si ha in tutti i casi ed in ogni modo mai in un periodo di 25 g., come asserisce Robertson-Lavalle; occorrono per questo dei lunghi mesi.

I risultati dei casi dell'A. possono così essere riassunti: delle 13 lesioni del ginocchio 5 erano idrarti e di questi 4 guarirono in modo perfetto (9-10 mesi dall'atto operativo); uno ha ancora un certo grado di idrarto e dolori. Gli altri 8 erano forme fungose delle quali due fistolizzate; di questi 8: 3 sono guariti; 2 migliorati: hanno fistole, anchilosi quasi completa, non hanno dolore alla deambulazione. I 3 rimanenti sono stati insuccessi completi: una resezione del ginocchio; un'amputazione di coscia, nonostante la quale l'infermo è morto di tubercolosi generalizzata; una nuova ripresa del male 6 mesi dopo l'atto operativo con impossibilità a camminare.

I casi di coxite sono stati 3 insuccessi: la malattia ha continuato la sua evoluzione.

Nelle 4 osteoartriti del piede si sono avuti 3 insuccessi completi (2 terminati con amputazione); il 4° migliorato dopo 2 mesi dall'operazione è stato perso di vista.

Le 2 sacrocoxalgie hanno dato un insuccesso ed una guarigione.

Il caso di tumor bianco del gomito ha dato un insuccesso.

L'A. cerca di stabilire le indicazioni e controindicazioni operatorie del metodo: *età*: avendo avuto tutti insuccessi al di là dei 40 a., il metodo è stato abbandonato nel reparto del prof. Delbet nei malati al di sopra dei 40 a.

Forma: i migliori risultati si hanno nelle forme sinoviali, che sono anche le più facilmente guaribili anche cogli altri metodi; però le guarigioni sono più rapide con quello di Robertson-Lavalle, senza immobilizzazione e con conservazione dei movimenti.

L'A. crede anche molto discutibile quest'operazione nei casi con fistole.

Sede: l'articolazione del ginocchio ha dato i migliori risultati.

Il metodo è stato abbandonato dal prof. Delbet nelle coxalgie e nelle osteoartriti del piede per gli insuccessi avuti; mentre saranno proseguite le esperienze per l'articolazione sacroiliaca per il buon risultato ottenuto in un caso su due.

G. MATRONOLA.

MALARIOTERAPIA.

Su alcune applicazioni della malaria nella paralisi progressiva generale.

(A. MARIE. *Bull. Acad. de Méd.*, n. 5, febbraio 1929, p. 163).

In questo interessante articolo sono riferite le recenti applicazioni della piretoterapia nella p. p. ed in altre forme demenziali, con contributo personale.

I casi di p. p. trattati con la malarioterapia furono: 15 donne, 200 uomini, di cui 123 furono seguìti a lungo.

Delle donne, 7 lasciarono l'ospedale rimesse, 5 dopo due anni non erano migliorate, 2 morirono.

Dei 123 uomini, 46 si rimisero, 22 erano ancora ricoverati, ma con un buon miglioramento; la proporzione quindi di 68:123 è incoraggiante per questo metodo di cura.

Le opinioni sulle lesioni istologiche trovate all'autopsia di p. p. non sono concordi; tuttavia questo fatto è solo apparente, perchè le lesioni infiammatorie acute e la presenza di spirochete sono dovute sopratutto ad autopsie di paralitici progressivi morti durante il trattamento, mentre i processi di cicatrizzazione e riparazione, con riassorbimento degli essudati, arresto delle proliferazioni nevrogliche, assenza di spirochete, si riscontrano in cervelli di antichi malati, in periodo di miglioramento, e dopo molti anni dal trattamento.

Anche le reazioni umorali si modificano dopo qualche tempo dalla guarigione; Brucker su 90 casi migliorati, notò dapprima la diminuzione della linfocitosi, dopo qualche mese diminuì anche l'iperalbuminosi; in seguito si attenuò la R. W. nel liquor, la quale divenne negativa solo dopo tre anni, insieme al miglioramento delle condizioni generali.

Dall'applicazione della piretoterapia nella p. p. il Marie ha tratto le seguenti osservazioni:

1) Reazione viscerale durante la malarizzazione: splenomegalia nel 50 % dei casi. Il tumore di milza è presente nei casi a lenta incubazione, e scompare 5-6 giorni dopo la scomparsa degli accessi per chininizzazione. La splenomegalia è più frequente nei p. p. progrediti o di tarda età, o con accessi febbrili modici od irregolari. Probabilmente questi accessi malarici irregolari e questa reazione insolita all'inoculazione malarica sono dovuti alle cure arsenicali già praticate, le quali impediscono l'evoluzione del plasmodium (Gertzman e Wagner);

2) In certi casi influiscono le stagioni, nel senso di far diminuire l'intensità ed il numero degli accessi durante la stagione fredda;

3) Alcuni malati coltivano il plasmodium nel sangue senza avere accessi febbrili, nel mentre lo stesso sangue produce in altri i tipici accessi. Tuttavia questi malati si giovano ugualmente della cura, sebbene i miglioramenti più marcati siano in rapporto con i regolari accessi febbrili;

4) L'accesso febbrile è interrotto con un grammo di chinino, nè ricompare se riattivato con adrenalina. In tre casi si ebbe una reazione epatica con ittero e congestione epatica, la quale obbligò ad interrompere gli accessi;

5) A quali modificazioni funzionali devono attribuirsi gli effetti terapeutici della inoculazione malarica?

Il numero degli accessi febbrili e l'ipertermia sono i fattori principali della malarioterapia; anche altre medicazioni piretiche hanno dato risultati incoraggianti (iniez. di fermenti, tubercoline, lecitine, ecc.).

Il calore influisce paralizzando i movimenti delle spirochete, diminuendone la virulenza e la riproduzione.

L'iperleucocitosi agisce come una leucofagocitosi; Spillmeyer ha messo in evidenza nell'encefalo di p. p. malarizzati dei focolai di globuli bianchi pieni di spirochete fagocitate, in via di digestione. Tuttavia Ludke e Leube pensano che vi sia un aumento dell'alessina antispirochetica, in quanto una semplice leucocitosi da ascesso di fissazione od una iperpiressia con leucopenia non hanno alcuna influenza sulla p. p.

Alcuni ammettono un certo antagonismo parassitario tra il plasmodium e la spirochete. Altri credono che la scomparsa della spirochete possa arrestare le lesioni interstiziali tossinfettive, con cicatrizzazione delle gomme e riassorbimento degli infiltrati vascolo-congiuntivi. Questo concetto spiegherebbe la dissociazione tra i disturbi pseudo-demenziali e quelli funzionali detti paranoidi, i quali ultimi talora sopravvivono al miglioramento della p. p.

Malaria e sifilide. La malaria influisce in senso sfavorevole sulle manifestazioni secondarie dermotrope della lue, accrescendone la virulenza ed esacerbandone l'evoluzione.

Si è ammesso da qualcuno un equilibrio tra la malaria e la sifilide, nel senso che la prima allontanerebbe dai centri cerebro-spinali l'infezione a spese delle manifestazioni ectodermiche della lue, equilibrio quindi tra il dermotropismo ed il neurotropismo della spirochete di Schaudinn. Inoltre, secondo alcuni, il neurotropismo dipenderebbe più da particolarità tissurali, le quali sarebbero modificate dalla malaria, che dalla stessa spirochete e dalle sue varietà.

Malarioterapia nella sifilide cerebrale. La malarioterapia è stata tentata in quelle forme di lue cerebrale con encefalopatie specifiche per lesioni localizzate ed a focolai, o per sclerosi sistematiche, come la tabe, le mieliti specifiche, la tabe ottica, tabe ascendente, tabe-paralisi; i risultati non sono concordi, ed i pochi casi trattati non permettono all'A. di trarre conclusioni attendibili. Tuttavia il buon risultato della malarioterapia nella p. p. l'ha fatto erigere da alcuni a criterio per differenziare le vere dalle pseudo paralisi progressive.

Encefalite letargica e malarioterapia. Nella encefalite letargica e nei postumi di essa, Aguglia e d'Abundo ottennero buoni risultati con la piretoterapia, ciò che non hanno confermato altri (Rossi, Fiamberti). Tuttavia pare che la malarioterapia agisca in modo favorevole.

Malaria ed epilessia. Nell'epilessia ebbero buoni risultati Aguglia e d'Abundo; e così in casi di demenza precoce e di ebefrenia catatonica.

In tutti questi casi si potrebbe pensare che la sifilide si possa associare alle psicosi; infatti le moderne ricerche mettono in rilievo l'importanza sempre maggiore che ha la sifilide nel meccanismo psicogeno, sia provocando uno squilibrio endocrino, sia alterando lo sviluppo neuropsichico. Si potrebbe pertanto pensare che la malarioterapia possa agire in queste forme più direttamente sulla sifilide acquisita o ereditaria.

La media delle R. W. positive negli alienati è di 24,78 a 30 %. La maggior positività si ha nelle manie congestive e confusionarie con 45 %, a cui seguono le degenerazioni e le psicosi costituzionali con 30,4 %.

Senza riferire tutti i dati, possiamo ritenere che ogni sindrome psicopatica può svilupparsi su di un terreno specifico, senza peraltro pensare che vi sia sempre una diffusione di spirochete nei centri nervosi, perchè vi può essere una diffusione indiretta per alterazioni vascolo-glandolari.

Dal complesso di queste considerazioni sorge la necessità di praticare la R. W. nel sangue, nel liquor, e di valutare giustamente una linfocitosi d'allarme, per poter ricorrere in tempo ad una cura profilattica, la quale trova un valido aiuto nella leucopiretoterapia.

Così facendo, si obbietta, non si può differenziare uno stato preparalitico da una p. p. vera. Questo concetto non può indurre a limitare il campo della malarioterapia ai soggetti irrimediabilmente condannati, impedendo di intervenire utilmente e precocemente in quei casi in cui si possono ottenere i migliori risultati da tale metodo di cura. CARUSI.

La malarioterapia in rapporto alla medicina legale.

(V. M. PALMIERI. *Rif. Medica* n. 3, genn. 1928).

Dopo che la piretoterapia è stata introdotta in medicina, come mezzo di cura della paralisi progressiva, sono sorte diverse quistioni di non scarsa importanza.

Prima di tutto esiste il danno che può provocare l'inoculazione della malaria in individui già minorati dalla stessa paralisi. Conviene pertanto essere sicuri del ceppo malarico, e che si tratti del *plasmodium vivax* della terzana benigna, non associato ad altre forme malariche, per evitare d'incorrere nell'art. 371 C. P.

Infatti i casi di morte dopo l'inoculazione della malaria non sono punto rari (Crouzon, Vogt, Delafontaine, Targowla e Lamache, Sicard).

Accanto al pericolo personale, esiste anche quello sociale, per la diffusione della malaria tra i soggetti immuni; quest'ultima condizione però presuppone la presenza di anofeli nell'ambiente.

In rapporto alla capacità sociale e professionale, come alla capacità civile e alla responsabilità penale, bisogna ricordare che la malarioterapia, se produce una remissione, talora notevole della malattia, difficilmente produce delle vere guarigioni; pertanto il giudizio sulla capacità d'un infermo di paralisi progressiva curato con la malaria, dev'essere piuttosto riservato, determinato caso per caso, sempre però rifiutando il consenso a quelle professioni che importino responsabilità (medici, cassieri, conduttori di veicoli).

Il giudizio medico-legale sulla capacità civile — interdizione, capacità a testare — dev'essere subordinato alla durata e al grado di miglioramento ottenuto, messo in rapporto con la integrità psichica che il soggetto presenta dopo la cura.

Bisogna anche esser cauti nell'emettere un giudizio sulle responsabilità penali, perchè le condizioni psichiche possono essere tali da giustificare o non una irresponsabilità penale.

CARUSI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

O. v. FÜRTH. *Lehrbuch der Physilogisch und Patologischen Chemie.* II. Band. VI. F. C. W. Vogel. Leipzig, 1928.

È l'ultima parte del trattato di chimica fisiologica e patologica del prof. Fürth. Comprende le ultime tredici lezioni, di cui cinque dedicate al ricambio dei grassi, le altre alla alimentazione, al ricambio nel digiuno e nella denutrizione cronica, all'avitaminosi, al ricambio energetico, ai fermenti ed alla febbre.

Fra i capitoli più notevoli per modernità di vedute e ricchezza di dati apportati dalle più recenti conoscenze, ricorderemo quello della chetogenesi e dell'acidosi e quello del ricambio gassoso.

L'opera, presentata in ottima veste editoriale, completa, aggiornandole, le nostre conoscenze su molti capitoli della fisiopatologia del ricambio e sarà letta con molta utilità tanto dallo studioso che dal medico pratico e dallo studente.

TOSCANO.

P. SISTO. *Microscopia e chimica clinica.* Vol. in-8° di pagg. 563, con tre tavole a colori. U. T. E. T. Torino 1929, L. 60.

La interessante collana dei manuali di medicina dell'U. T. E. T. si arricchisce, con questo volume del prof. Sisto, di un altro prezioso libro.

In esso l'A. passa successivamente in rassegna tutti i metodi di esame dei componenti del sangue, delle urine, del contenuto gastrico, delle feci, dell'escreto, del liquido cefalo rachidiano, degli essudati e trasudati, dando per ogni metodo utili dettagli per la tecnica e per l'interpretazione.

Il libro quindi è nel medesimo tempo pratico e completo e può riuscire di grande aiuto per l'esattezza diagnostica.

A. P.

LUGER ALFRED. *Grundriss der klinischen Stuhluntersuchung.* Vienna, J. Springer, 1928. Mk. 36.

Fra i vari trattati e manuali che riguardano l'esame delle feci, questo del Luger di Vienna si presenta particolarmente interessante ed utile perchè compiuto nella costante ed attenta osservazione dei malati e nello studio particolare delle varie forme cliniche che si accompagnano ad alterazione delle feci riconoscibili dai vari esami che si possono compiere su esse. L'A. ha voluto a suoi collaboratori il Kovàcs dell'Istituto sieroterapico di Vienna, il Lauda assistente della II Clinica di Vienna, il Preissecker assistente della II Clinica ostetrica di Vienna. L'A. ha trattato particolarmente dell'esame macroscopico e microscopico delle feci svolgendo dettagliatamente tutti i metodi di ricerca sia a fresco che nei preparati colo-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

rati e portando ad essi il contributo di una lunga esperienza personale. Il Lauda ha trattato dell'esame chimico, il Kovàcs della tecnica delle varie ricerche bacteriologiche. Il Preissecker ha esposto la tecnica della ricerca dei protozoi sia a fresco che in campo oscuro che con l'aiuto delle varie colorazioni. Questo trattato frutto della personale esperienza dei vari collaboratori è corredato di numerose illustrazioni e di 24 tavole ed è pubblicato con particolare accuratezza. TR.

V. DUCCESCHI. *La soja e l'alimentazione nazionale.* Un vol. in-16°, di pag. 246 con fig. F. Vallardi ed., Milano, 1928. Prezzo L. 25.

I problemi alimentari presentano sempre il massimo interesse, specialmente per il nostro paese che, in tanta parte del suo fabbisogno, è tributario dell'estero.

Da tempo è largamente usato nell'estremo Oriente, un legume, la soja che fornisce molte varietà di cibi: viene consumato in semi interi, per la preparazione di olio da condimento, di farina atta a preparare pane e paste, di latte, di formaggi, di salse e condimenti.

Mentre abbondano i lavori sull'utilizzazione agricola e sulla coltura, lo studio fisiologico sull'alimentazione con la soja non era ancora stato fatto ed è stato ora compiuto dall'A. che, con la farina di soja, ha preparato del pane e delle paste alimentari, esaminandone poi la digeribilità e l'assimilabilità.

È venuto a conclusioni favorevoli, che espone in questo libro, in cui passa in esame la storia naturale della soja, la composizione chimica, l'utilizzazione digestiva e le applicazioni medico-dietetiche (p. es., nel diabete).

La soja è coltivabile nei nostri paesi e potrebbe quindi essere di molta utilità e, siccome il problema fisiologico, con gli studi dell'A. può dirsi risolto, spetta ora agli industriali ed agli agricoltori di realizzare il programma della sua coltivazione nel nostro paese. *fil.*

G. BERTOLINI e A. CAZZELLA. *Ispezione delle Carni. Igiene generale.* Un vol. in-4°, di 453 pagg., con 46 tav. e 162 fig. Unione tip. editrice Torino, 1928. Prezzo L. 65.

L'ispezione delle carni è un problema di alta importanza per l'igiene dell'alimentazione, che presuppone ampie e sicure nozioni sull'argomento ed una buona organizzazione dei servizi di polizia sanitaria.

La vasta monografia che gli AA. pubblicano nel Trattato d'Igiene, diretto dal prof. Casagrandi, costituisce un'ottima guida per tale ispezione. Precede un capitolo sulla visita degli animali prima della macellazione, in cui, fra l'altro, si abbattono vieti pregiudizî, tuttora vigenti in alcuni Comuni, con grave danno economico degli individui e della Nazione. Si occupa poi della mattazione (sistemi di macellazione, preparazione degli animali, classificazione e commercio delle carni, determinazione del reddito); numerose tavole, anche a colori, indicano i diversi pezzi delle carni, con le relative denominazioni adottate nelle varie provincie d'Italia ed all'estero.

Seguono poi i caratteri differenziali delle diverse specie di carni, della visita dopo la macellazione, in cui si dà ampio sviluppo all'esame dei gangli.

Importanti sono, in questo campo, le ricerche di laboratorio: anatomo-patologiche, chimiche, batteriologiche, le quali vengono trattate a parte. Di ampiezza corrispondente all'importanza dell'argomento, è il capitolo sulle carni anormali ed alterate, per cui si esaminano tutte le condizioni che possono dar luogo a sospetti sulla salubrità delle carni. Chiudono gli avvelenamenti da carne i quali, sebbene meno frequenti da noi che altrove (Germania), pure sono tali da attirare l'attenzione dell'igienista, per le conseguenze talora gravi e per il numero delle persone che colpiscono.

Trattazione precisa ed esauriente, ricca di preziosi consigli pratici, messa in armonia con le più recenti disposizioni in materia, le quali vengono integralmente riportate. Libro di grande utilità, non per i soli veterinari, ma per tutti gl'igienisti, specialmente quelli ufficiali sanitari a cui è affidato tale servizio e che, in mancanza di una guida sicura, possono trovarsi talora imbarazzati nel giudizio.

Seguirà, a questa, un'altra monografia sulle malattie del bestiame da macello e sulle carni conservate. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Genova.

Seduta del 21 dicembre 1928.

Un caso raro di Leishmaniosi a Genova.

Prof. A. GISMONDI. — L'O. comunica un caso di Leishmaniosi in un bambino di sette anni osservato nel reparto Pediatrico degli Ospedali di Sampierdarena. È il primo caso osservato in Genova. La malattia durò circa nove mesi, e terminò in guarigione mediante iniezioni di preparati antimoniali. Conclude che bisognerà d'ora innanzi di fronte a bambini ammalati con febbre, stato anemico e tumore di milza pensare anche fra noi alla possibilità di questa malattia ricercandone il parassita nel midollo osseo. La diagnosi ha somma importanza, giacchè la malattia non riconosciuta riesce quasi sempre mortale.

Nuovo indirizzo nel trattamento del diabete insipido.

Dott. F. CIGNOLINI. — In un caso di diabete insipido associato ad osteopatia calcepriva la radioterapia ha migliorato non solo le lesioni ossee, ma anche il diabete insipido. Che un nesso tra il diabete insipido e lo scheletro possa esistere si può desumere oltre che dai casi numerosi di diabete insipido associato ad osteopatia (sindrome di Schuller, associazione con lesioni a tipo rachitico, osservata dall'O. in due fanciulli; lesioni che non ebbero miglioramento con cure antira-

chitiche. Se il nesso tra il diabete insipido ed alterazioni scheletriche è vero, è da sperare che la radioterapia dello scheletro possa migliorare il diabete insipido, come è successo nel caso oggetto della comunicazione. L'O. ha intrapreso esperienze in proposito.

Avitaminosi ed urolitiasi.

Dott. V. RAFFO. — L'O. ha nutrito dei topi con regimi deficienti di vitamine liposolubili del gruppo A. Mentre negli animali di controllo non ha mai constatato calcolosi delle vie urinarie, in quelli mantenuti a regime ebbe calcoli nel 41 %. In più nei topi e nei ratti avitaminosi notò frequentemente processi di cheratinizzazione a carico dell'epitelio di rivestimento delle vie urinarie, e lesioni banali degenerative del parenchima renale. Frequenti furono pure i depositi di sale nei tubuli.

P.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 1° marzo 1929.
Presidente: Prof. A. FERRATA.

Di alcuni vizi di conformazione del fegato.

NICOLI L. — Dall'esame di tre casi di malformazione congenita del fegato con presenza di quattro piccoli lobi epatici accessori, comparati coi casi descritti dagli altri AA., si possono ricavare deduzioni riguardanti la genesi e il destino di queste rare formazioni. Per i lobi succenturiati dell'estremo sinistro del fegato appare abbastanza evidente l'origine, provocata dai fenomeni di riduzione a cui va incontro normalmente il lobo sinistro per il maggior sviluppo dello stomaco nella seconda metà della vita intrauterina, riduzione che procede in modo anomalo o anche patologico, per cause anormali o patologiche risiedenti degli organi vicini o nel fegato stesso. I lobi succenturiati del lobo di Spigelio, del lobo quadrato, del lobo destro e del margine anteriore del fegato possono avere la medesima origine: atrofia da compressione su grossi lobi accessori che si peduncolizzano; essi hanno un rapporto molto stretto coi cosidetti vasi biliari aberranti molto frequenti in questi punti. Logica sembra l'origine di v. b. a. dall'atrofia di piccoli lobi epatici accessori. Meno probabile, ma non impossibile, l'origine di piccoli lobi ep. acc. da veri vasi biliari ab. che non hanno mai avuto prima rapporto con il parenchima epatico. Il destino dei lobi ep. acc. è per alcuni la permanenza indeterminata, per i più la progressiva atrofia del parenchima con sostituzione di connettivo. I lobi ep. acc. seguono sempre le condizioni generali della ghiandola principale.

Intossicazione da benzolo e colorazione vitale nel midollo osseo.

AMINTA FIESCHI. — L'O. studia il comportamento degli elementi reticolo-endoteliali nell'intossicazione da benzolo. Nel midollo osseo nota che la scomparsa del parenchima mieloide è accompagnata da proliferazione degli elementi R. E. con orientamento diverso e molteplice. La pratica della colorazione vitale determina inoltre una produzione di macrofagi istioidi veramente imponente, che dà al quadro osservato nel midollo osseo le caratteristiche di una vera reticolo-endoteliosi sperimentale.

I legamenti laterali della vescica punti di repere nell'operazione d'ernia crurale.

Dott. T. LEGNANI. — In base all'esperienza propria, in base ai dati anatomici, poichè questi legamenti passano tra l'anello crurale e la vescica, l'O. ritiene che costituiscano un indice che segna il limite oltre il quale non si deve procedere nella dissezione del sacco erniario, se nei riguardi alla recidiva dell'ernia, si vuole togliere l'infundibolo di peritoneo che segue al sacco, ed evitare con sicurezza la vescica.

Detti legamenti sono più visibili nella donna, comunque dovrebbero servire quale punto di ritrovo anche nell'uomo, tanto per l'ernia crurale, quanto per l'inguinale interna.

Peritoniti tifiche senza perforazione.

GIOJA. — Riferisce su di un caso, da lui operato con successo, di peritonite tifica generalizzata, ch'egli ritiene consecutiva a rottura di una raccolta purulenta saccata, formatasi a ridosso degli annessi del lato destro, in una nubile di 22 anni. Non fu trovata alcuna perforazione dell'intestino nè di altri visceri. Nei precedenti non figurava il quadro di un tifo, e la malattia, che poi condusse alla peritonite generalizzata, aveva esordito 2 mesi avanti con febbri alte accompagnate da brivido, interpretate e infruttuosamente curate come febbri malariche. L'O. crede pertanto che la giovane, la quale aveva lavorato sino al giorno precedente la comparsa della febbre, fosse affetta da tifo ambulatorio.

La peritonite diffusa scoppiò improvvisamente, e senza che vi fossero stati precedentemente sintomi che richiamassero l'attenzione all'addome. Era stato invece rilevato un ascesso subfrenico a sinistra, dal quale si coltivò il bacillo di Eberth in cultura pura. L'O. interpreta tale ascesso come la conseguenza di un infarto suppurato della milza. L'ascesso venne aperto per via transdiaframmatica alcuni giorni dopo la laparotomia. Si potè escludere che la peritonite diffusa fosse dovuta a rottura dell'ascesso subfrenico.

L'operata guarì perfettamente e dopo pochi mesi aveva guadagnato 14 kg. di peso.

L'O. sospetta che il punto di partenza della raccolta purulenta che diede poi origine alla peritonite diffusa, fosse stato l'ovaio, infettato per via ematica, allo stesso modo che fu infettata la milza.

Dal pus della peritonite fu coltivato il bacillo del tifo in cultura pura.

L'operazione consistette in una accurata toilette addominale e disinfezione peritoneale con alcool; a ridosso degli annessi infiammati si collocò un drenaggio alla Mikulicz sopra il quale l'addome venne rinchiuso parzialmente.

Il Segretario: F. RICCI.

R. Accademia dei Fisiocritici di Siena.

Seduta del 14 dicembre 1928.
Presidente: Prof. A. SALADINO.

Rapporto fra la statura e la grande apertura delle braccia.

Dott. BRUGI. — L'O. conclude dopo una serie di osservazioni sui militari sani e robusti, che anche in soggetti normali, adulti maschi si ritrova spessissimo che la grande apertura delle braccia supera la statura. Tale eccedenza aumenta

con l'aumentare della statura, e non si può ritenere tale fatto come conseguenza di una malformazione prodotta dall'adenoidismo, come è stato sostenuto da alcuni AA. (Cfr. « Scritti Biologici », vol. IV).

Sovra un caso di dilatazione degli ureteri.

Dott. BRUGI. — Trattasi di un soggetto di 18 anni, che era stato ricoverato per lungo tempo nell'Ospedale Psichiatrico di S. Niccolò in Siena per epilessia, che venne a morte per grave enterite. All'autopsia si riscontrarono entrambi gli ureteri enormemente dilatati; tale dilatazione interessava l'intiero percorso dei due organi, ed il loro sbocco nella vescica urinaria. Nessuna alterazione che desse un ostacolo al deflusso dell'urina, le pareti degli ureteri e della vescica erano istologicamente normali, i bacinetti conservavano le normali proporzioni, il rene sinistro conservava le caratteristiche del rene lobale fetale. Tali alterazioni sono descritte spessissimo nella letteratura, e danno luogo di solito a gravi sintomi morbosi con complicanze infettive per ritenzione di orina. Nel nostro caso nessun sintomo clinico, l'esame delle urine risultò sempre negativo. Molti AA. attribuiscono tali lesioni ad una distrofia congenita della muscolatura, che cederebbe sotto la pressione e si sfiancherebbe. Però considerando che la pressione nell'interno dell'uretere è minima io attribuisco a tali lesioni il significato di un vero e proprio arresto di sviluppo, cioè l'uretere rispetto agli altri organi aveva conservato le medesime proporzioni che ha nei primi mesi della vita fetale, come l'O. aveva verificato sezionando feti di circa 5 mesi nei quali si vede che l'uretere arriva ad avere una sezione larga circa la metà di quella dell'intestino tenue.

Epatoterapia nell'anemia perniciosa.

Dott. LORENZO CROSETTI. — L'O. illustra alcuni casi di anemie gravi seguite con frequenti esami nelle modificazioni del quadro fisico-chimico e morfologico del sangue, con speciale riguardo al comportamento delle emazie a reazione granulofilamentosa, del ricambio emoglobinico e della formula eritrocitometrica.

In una donna di 45 a. affetta da un tipico quadro di anemia di Biermer si è verificato nello spazio di 1 mese e mezzo circa il ritorno delle cifre dell'Hb. e dei globuli rossi a valori vicini alla norma (rispettivamente dal 38 all'84 % e da 1,1 a 4,3 mil.). Nella prima settimana di cura (200 gr. giornalieri di fegato di vitello) i reticolociti hanno dimostrato un cospicuo aumento fino a raggiungere il 25 % delle emazie circolanti. Nel corso della cura i Gl. bianchi sono aumentati di numero ed è diminuita la linfocitosi. L'indice di rifrazione del siero e la viscosimetria sono risaliti a cifre normali: il tempo di coagulazione e di emorragia si è ridotto; parallelamente alla scomparsa dell'urobilinuria il tasso della bilirubinemia e della stercobilina sono ritornati vicini alla norma. Inalterata è rimasta l'anacloridria. La formula eritrocitometrica si è lentamente modificata e coi successivi esami è stato possibile di seguirne il ritorno a valori assai vicini alla norma.

L'O. si è posto un ultimo problema: se cioè la somministrazione di fegato eserciti un'azione dinamica specifica uguale o diversa nei sani e negli anemici perniciosi.

L'O. ha condotto ricerche nei casi di a. p. sopra illustrati ed ha osservato che mentre nella anemia gravidica la somministrazione di fegato non ha causato un aumento del consumo di O_2 (come nei sani) nell'a. affetta da a. p. criptogenetica il potere dinamico specifico di un pasto di fegato si dimostrò pressochè uguale a quello di un corrispondente pasto di carne.

Alterazioni ossee nel lupus pernio.

Dott. ANNIBALE CASATI. — L'O. presenta tre casi di alterazioni ossee alle falangi ed ai metacarpi in tre individui affetti da tempo da lupus pernio alle mani. Il quadro radiologico è tipico corrispondente alla descrizione data dallo Jungling sotto il nome di « ostitis tuberculosa multiplex cystica ». Interessante era un caso che dette luogo ad una frattura patologica con consecutiva infezione di un'articolazione prossimiore che si dimostrò radiologicamente e clinicamente un'artrite tubercolare. Il che conferma l'ipotesi che il lupus pernio sia una malattia da considerarsi come una manifestazione specifica.

Isolamento del bacillo del tifo dalle feci.

Prof. L. D'ANTONA. — Le ricerche sono state praticate sopra le feci di 40 tifosi in varii periodi di malattia, la maggior parte fra il III ed il IV settenario. I resultati ottenuti dall'O., con il terreno di Wilson e Blair si debbono ritenere veramente buoni essendo l'O. riuscito ad isolare il bacillo in una percentuale del 30 % circa, percentuale che si deve ritenere assai alta anche se confrontata con le statistiche più favorevoli comunicate dagli autori per gli altri mezzi di isolamento più comunemente in uso.

Il terreno merita pertanto di essere usato in più larga scala di quanto non lo sia attualmente.

Il Segretario: MACCARI.

Associazione Medica Triestina.

IX adunanza scientifica del 21 dicembre 1928.

Presidente: Dott. A. COFLER.

Il presidente dott. COFLER commemora all'inizio della seduta con commosse e riverenti parole il Maresciallo Luigi Cadorna.

Piemia consecutiva ad otite.

Prof. RIMINI. — Presenta una paziente affetta da piemia consecutiva ad otite piogenica cronica, operata e guarita. All'operazione fu riscontrata la vena giugulare interna ispessita, ripiena di trombi; fu estirpato un buon tratto della vena, quindi fu denudato ed inciso il seno trasverso, dal quale furono estratti pure dei trombi. Recidivando dopo alcuni giorni di miglioria i fenomeni piemici, fu praticato il lavacro del bulbo della vena giugulare, ripetuto per parecchi giorni, in seguito al quale furono allontanati dal bulbo trombi purulenti ed un'abbondante quantità di pus. L'O. ritiene il caso degno di nota per l'esito felice dell'operazione e per l'estensione della trombosi che occupava l'intero seno, il bulbo della giugulare, e tutta la vena giugulare interna.

L'O. accentua l'importanza della diagnosi della piemia otogena, e specialmente della diagnosi differenziale con altre affezioni febbrili, potendo il malato affetto da suppurazione auricolare essere

colpito da malattia intercorrente, che può simulare il quadro della piemia otogena.

Enumera le varie affezioni per le quali è necessaria la diagnosi differenziale, sostenendo che nella piemia otogena causata da tromboflebite del seno un sintomo importante per la diagnosi talvolta decisiva, è la dolorabilità nella regione della vena giugulare interna, e specialmente nella regione tra l'apofisi mastoide e l'angolo del mascellare inferiore.

Il dott. Carmelich espone i vari sintomi radiologici diretti ed indiretti dell'ulcera gastrica e duodenale e tratta delle diagnosi differenziali radiologiche fra varie affezioni dell'apparato digerente.

Il dott. D'Agnolo commenta dal lato radiologico numerosi casi di ulcera gastro-duodenale e di periduodenite, illustrando la sua esposizione con proiezioni di radiografie.

Il dott. M. Gortan fa rilevare l'importanza della perfetta collaborazione tra clinico e radiologo per ottenere buoni risultati nella diagnosi delle ulcere gastriche e duodenali; e parla poi delle difficoltà diagnostiche che si riscontrano nelle lesioni dell'antro pilorico.

Il dott. Gandusio, dopo aver trattato delle indicazioni operative nell'ulcera gastro-duodenale, disse che per avere un concetto esatto dell'efficacia dei vari metodi operativi, si devono consultare le grandi statistiche, dalle quali emerge che la resezione ha dato finora i migliori risultati.

Il dott. Xydias ringrazia il presidente che col promuovere queste interessanti conferenze ha dato campo ai soci tutti di approfondire le proprie cognizioni; tratta quindi l'argomento delle ulcere gastroduodenali dal lato assicurativo ed infortunistico, portando il contributo della sua esperienza personale.

Sui rapporti fra ulcera gastrica e neurosi gastrica.

Dott. Winternitz. — Richiama l'attenzione dell'assemblea sugli intimi rapporti che intercorrono fra ulcera gastrica e neurosi gastrica. È stato merito del Bergmann l'aver messo in evidenza questo fatto. Bergmann assieme ai suoi allievi Westphal e Katsch ha dimostrato quali difficoltà si incontrano spesso nella diagnosi differenziale fra ulcera e neurosi; inoltre questi AA. hanno provato come l'ulcera si sviluppi spesse volte in conseguenza di una neurosi gastrica e come fra ulcera e neurosi si stabilisca un circolo vizioso che fa peggiorare l'una e l'altra malattia. Dobbiamo domandarci quale sia la base comune all'ulcera gastrica e alla neurosi gastrica e quali conclusioni si possano trarre da questi fatti per la terapia medica e chirurgica dell'ulcera gastrica.

1) La base comune all'ulcera gastrica e alla neurosi.

Prima di addentrarci nello studio della base comune a queste due malattie occorre circoscrivere meglio il concetto di neurosi gastrica. Quando si parla di neurosi gastrica si adopera un termine molto comprensivo e generico e quindi necessariamente equivoco. In realtà sotto il nome di neurosi gastrica passano due specie di fenomeni patologici e precisamente:

1) le psiconeurosi gastriche;
2) le neurosi gastriche vegetative.

Le psiconeurosi gastriche, le quali risalgono sempre a turbe della vita psichica (vita rappresentativa) del soggetto — turbe che hanno sempre una base isteroide o ipocondriaca o neurastenica — raramente possono assomigliare all'ulcera gastrica, anche perchè affettano sempre quasi la sindrome ipoacida. Le neurosi vegetative invece sono quelle che si connettono più intimamente all'ulcera gastrica, particolarmente la iperacidità e l'ipersecrezione cosidette funzionali. La diagnosi differenziale fra l'ulcera gastrica e queste forme di neurosi crea sovente degli imbarazzi molto gravi. Comuni a queste due malattie sono: dolori caratteristici insorgenti dopo i pasti e la ipercloridria.

I dolori caratteristici vengono chiamati a torto dolori da iperacidità, perchè si sa dopo i lavori del Boas e quelli più recenti del Simnitzky che vi può essere iperacidità senza dolori, dolori caratteristici senza iperacidità, e infine che in seguito alla somministrazione di atropina ed anche di bicarbonato sodico i dolori possono scomparire senza che sia cessata l'iperacidità.

I dolori cosidetti da iperacidità sono dovuti allo spasmo di una determinata porzione della muscolatura liscia della parete gastrica ed è noto fin dai lavori del Mackenzie che lo spasmo è uno stimolo dolorifico adeguato per i nervi che provvedono alla sensibilità viscerale. Secondo il Bergmann lo spasmo della muscolatura sarebbe la causa prima dell'ulcera gastrica, determinando lo spasmo un restringimento del lume vasale e quindi una necrosi ischemica. L'ulcera gastrica non sarebbe dunque che l'ultima conseguenza della neurosi gastrica.

Accettando questo concetto come vero, ne consegue l'indicazione terapeutica di curare ogni neurosi gastrica a tipo iperacido, come se si trattasse di un'ulcera gastrica, la quale se anche attualmente non esiste, certo si stabilirebbe in avvenire, qualora perdurassero gli spasmi dello stomaco. In secondo luogo, la scelta del medicamento e della dieta non deve essere guidata tanto dal rilievo chimico della scomparsa dell'iperacidità, quanto dal rilievo soggettivo della cessazione dei dolori, che stà ad indicare la risoluzione dello spasmo.

Nei riguardi della terapia chirurgica, l'operazione che corrisponde meglio a questi concetti patogenetici è quello dello Schiassi, per cui si ottiene la « discontinuità gastropilorica », oppure l'operazione del Latarjet, con la quale si consegue l'enervazione totale. Lo scarso numero di operazioni eseguite fino ad ora dai vari chirurghi, non permette di trarre delle conclusioni definitive, tuttavia i risultati sono molto incoraggianti. Nei riguardi delle operazioni più comunemente eseguite, la gastroenteroanastomosi e la resezione, non è escluso che i risultati terapeutici, siano in parte attribuibili all'interruzione di importanti elementi nervosi, sia estrinseci che intramurali dello stomaco.

Il dott. Manni espose il suo concetto sull'indicazione operatoria nei diversi pazienti, secondo le diverse costituzioni, e propose pure una più stretta collaborazione fra radiologi e clinici nella diagnosi dell'ulcera gastroduodenale.

In discussione parlò il dott. Oliani.

Il Segretario: E. Roncali.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

L'allergia dell'età.

La parola « allergia » fu proposta nel 1906 da Pirquet per indicare lo stato di mutata capacità reattiva di un organismo. L'individuo vaccinato si comporta infatti ai riguardi della linfa vaccinica in maniera diversa di come si comporta l'individuo che non è venuto a contatto di tale agente; e lo stesso accade per chi ha avuto iniezione di siero; per il luetico ai riguardi del virus sifilitico; per il tubercoloso ai riguardi della tubercolina.

Nei suoi ulteriori studi, lo stesso autore ha cercato di stabilire quanto tale cambiamento di capacità possa dipendere da condizioni preesistenti, piuttosto che da una preparazione preventiva verso una data causa nociva.

E, in modo particolare, ha studiato il comportamento individuale verso svariati stati morbosi, in rapporto alle diverse età (*Wien. Klin. Woch.*, n. 3, 1929).

Per quanto riguarda la tubercolosi, ad esempio, la prima infezione col bacillo di Koch decorre in maniera simile in qualsiasi età; vale a dire: l'infezione primaria e le reazioni linfatiche regionali non mostrano alcuna differenza spiccata. Il secondo stadio (stadio secondario di Hamburger), si comporta invece differentemente, perchè, mentre nel lattante si ha una tendenza allo sviluppo di tubercoli per tutto l'organismo, nel bambino il processo è più limitato e provoca la comparsa del quadro morboso della scrofolosi, e nel fanciullo, nella maggioranza dei casi, non si manifesta affatto. Lo stadio terziario, infine, è anche più caratteristico, perchè la tendenza alle produzioni cavernose è propria dell'età dell'adolescenza.

Tra i 15 e i 20 anni esiste nettissima questa « allergia dell'età », come lo dimostrano le statistiche della mortalità generale. A tale epoca, infatti, le curve presentano un fastigio, anticipato di un paio di anni per le femmine rispetto ai maschi, in rapporto probabilmente ad una certa relazione con l'epoca della maturità sessuale.

Anche per la sifilide è lo stadio terziario, con le sue manifestazioni a carico della sostanza cerebrale e midollare, che è collegato a determinate variazioni di tali organi.

La morte per paralisi progressiva sale numericamente dal 30° anno in poi, raggiungendo il culmine al 43°, per poi discendere. La tabe invece ha il suo massimo al 57° anno, cioè 14 anni più tardi che la paralisi, il che dimostra che il sistema nervoso deve in diversa maniera venir influenzato da questa allergia dell'età.

Osservazioni analoghe, basate sulle curve della mortalità, possono farsi per altri stati morbosi, quali il diabete, la cirrosi epatica, i tumori maligni, i processi reumatici. È poi interessante rilevare come l'appendicite si comporti in maniera del tutto simile, da questo punto di vista, alle malattie reumatiche.

Su che cosa si fondi questa allergia dell'età è ancora difficile a dirsi. Nel caso della tubercolosi potrebbe essere giusta l'ipotesi che la disposizione dell'età pubere fosse in rapporto all'attività delle ghiandole genitali. Comunque è verosimile supporre che, anche per gli altri stati morbosi, sia possibile attendere una spiegazione dall'endocrinologia e dalle leggi dell'ereditarietà.

M. FABERI.

Le reazioni di Pirquet e di Wassermann nell'asma.

Le relazioni tra tubercolosi ed asma sono un argomento ancora assai discusso e sul quale non si è ancora giunti ad un accordo.

Storm van Leeuwen e Varekamp sostengono che i pazienti con malattie allergiche posseggono una speciale ipersensibilità per la tubercolina: essi basano tale asserzione sul fatto che la maggior parte dei loro malati d'asma e febbre da fieno presentarono una reazione di Pirquet indubbiamente positiva e risentirono notevole vantaggio dal trattamento con la tubercolina. Inoltre i suddetti malati erano presi da attacchi di asma dopo iniezioni di tubercolina.

R. J. Baagoë (*Brit. Journ. Child. Dis.*, aprile-giugno 1928) ha compiuto ricerche su 83 fanciulli asmatici fra i 2 e i 15 anni ed ha trovato che la reazione di Pirquet non era più frequente di quello che non fosse tra gli altri fanciulli dell'ospedale e ne ha concluso che non esiste nesso etiologico alcuno tra ipersensibilità alla tubercolosi ed asma. Lo stesso autore praticò la reazione di Wassermann in 92 bambini asmatici fra i 3 e i 15 anni e trovò che essa era invariabilmente negativa, ad eccezione di un bambino luetico e ne dedusse che contrariamente alla credenza di alcuni scrittori, la sifilide non ha parte alcuna nella genesi dell'asma.

VICENTINI.

CASISTICA.

Una nuova forma di epatite sclerosa sifilitica.

Poncel (*Rev. méd.-chirur. Malad. du Foie*, e *Journ. des praticiens*, 9 febbr. 1929) riporta il caso di una ragazza di 21 anni che sentì improvvisamente, in piena salute, delle fitte dolorose nell'ipocondrio destro. Dolore vivo alla pressione sotto le false coste, verso il margine esterno del gran retto.

Non vomito; leggero meteorismo; temperatura a 38°,8. Nei giorni seguenti, ingrossamento di milza. Fegato grosso; sotto le false coste, si sviluppa una massa che si estende di giorno in giorno e non tarda a sporgere per sei dita trasverse. Massa dura e molto dolente, per una colecistite l'evoluzione diventava anormale. La radioscopia mostra fegato grosso e milza grossa. Si pensa allora a peritonite fibrocaseosa, con predominanza sottoepatica, in considerazione dello stato generale piuttosto gracile.

Urine con tracce di albumina e 2,50 per 1000 di zucchero. Temperatura irregolare che, dopo il cateterismo degli ureteri, cade a 37°, per risalire due giorni dopo a 39°. La massa sottoepatica raggiunge la cresta iliaca destra; non ittero, sangue normale.

Laparotomia esplorativa. Fegato cacciato sotto una periepatite diffusa, con aspetto multilobato. Dall'esame istologico di un nodulo prelevato, si conclude per una lesione infiammatoria di tipo cronico, probabilmente di origine sifilitica.

Il trattamento specifico operò una vera risurrezione. La temperatura diventò normale, il fegato e la milza regredirono.

Trattavasi probabilmente di sifilide ereditaria.

Il caso dimostra non del tutto esatta l'asserzione di Dieulafoy, secondo cui nella sifilide epatica non vi sono nè dolori vivi, nè febbre, nè sintomi impressionanti.

fil.

La sifilide epatica.

H. Boucher (*Paris médical*, 19 maggio 1928), in 18 casi di sifilide epatica che descrive, distingue sei forme differenti della malattia. In alcuni casi, la diagnosi fu difficile e tardiva. Siccome i malati, al momento della localizzazione del treponema sul fegato non presentano manifestazioni cutanee, non sono veduti dal sifilografo, ma dal medico generale.

Alcuni autori ammettono grande importanza dal punto di vista della diagnosi ai sintomi generali: febbre, dimagrimento, aumento di volume del fegato, specialmente del lobo sinistro.

Le lesioni sifilitiche del fegato si accompagnano spesso a leggera glicosuria; è necessario non confondere quelle con il diabete e ricordarsi che esiste un « piccolo diabete » quasi sempre sintomatico di sifilide.

Per quanto riguarda il trattamento, l'A. sconsiglia gli arsenobenzoli, troppo tossici, e raccomanda i mercuriali sotto forma di suppositori.

È altresì consigliabile una cura di acque minerali alcaline, da completarsi col riposo fisico e morale ed un adatto regime alimentare.

fil.

Cistifellea ed infezioni intestinali.

Le lesioni della cistifellea hanno, in patologia digestiva, un'importanza notevole; essa agisce da serbatoio microbico. Tutte le infezioni intestinali hanno il loro risentimento sulla cistifellea; ne sono un esempio tipico la tifoide ed il colera. In generale l'infezione si fa dall'esterno all'interno, prendendo le tuniche esterne prima della mucosa. Stabilitasi poi l'infezione, questa permane molto a lungo ed agisce a sua volta sull'intestino. Come osserva Ch. Buizard (*Journal de médecine de Paris*, 16 ag. 1928) la maggior parte di tali infezioni, che portano poi il malato dal medico o dal chirurgo, rimonta alla prima infanzia.

Da queste osservazioni risultano importanti corollari. Anzitutto, è da rilevare che, qualsiasi il modo e l'intensità dei trattamenti delle infezioni intestinali, si vede spesso che, dopo grandi miglioramenti od anche pseudoguarigioni, si producono spesso delle recidive, dovute a reinfezioni dalla cistifellea.

Nei casi in cui l'infezione della cistifellea si è iniziata dalla mucosa, il trattamento medico e specialmente l'intubazione duodenale potrà, all'inizio, avere delle probabilità di successo e portare anche alla guarigione. Ma sono questi i casi più rari. Abitualmente invece, quando i sintomi portano il malato dal medico, la lesione della cistifellea è già avanzata ed i disturbi locali e generali non possono scomparire che asportando il focolaio infettivo; è allora la colecistectomia che si impone e che è il solo trattamento logico e radicale.

fil.

Sul significato dell'impronta colecistica.

Per contribuire alla conoscenza dell'impronta della cistifellea sullo stomaco e sul duodeno R. Viviani (*Rad. Med.*, nov. 1928) ha sottoposto a studio 50 casi normali nei quali però non gli è stato possibile di osservare delle impronte costanti; alcune volte ha osservato delle immagini fugaci. In soggetti affetti da disturbi dell'apparato digerente, invece, ha potuto constatare delle impronte colecistiche costanti e caratteristiche. Tre di questi soggetti erano appendicitici ed all'operazione si potè constatare l'integrità della cistifellea, la quale era libera da qualsiasi aderenza o lesione.

Altri di questi malati erano affetti da processi di colite, o ulcera duodenale; altri infine, ed erano la maggior parte, non avevano alcuna lesione organica, ma erano semplicemente dei funzionali.

L'A. ritiene dunque che a determinare l'impronta colecistica possano concorrere oltre che dei fenomeni di natura patologica anche degli stati d'ipertonia della cistifellea in rapporto al tono gastro-duodenale.

Egli pensa che l'impronta colecistica concorra sempre a fornire un segno diagnostico importante quantunque ne sia molto difficile l'interpretazione. L. SFORZA.

Sulla recidiva dopo colecistectomia.

Gundermann (*Mitt. a. d. Gr. Med. u. Chir.*, 1928) ha potuto seguire 100 casi di calcolosi biliare operati di colecistectomia nella Clinica di Giessen. Egli ha notato recidiva nel 36 % dei casi. Questa non era affatto in rapporto nè con la gravità dell'affezione primitiva nè con la lunghezza delle sofferenze. L'A. ha invece trovato un rapporto con la flora batterica della cistifellea. La maggior parte delle recidive fu dato da quei casi in cui si trovò lo stafilococco, mentre quelli in cui v'era il b. coli malgrado la gravità dei sintomi di colecistite presentati, diedero pochissime recidive. Anche per il b. del tifo e paratifo non si ebbero recidive. Invece i portatori di streptococco si comportarono rispetto alle recidive come gli stafilococchi. L'A. ha anche tentato una cura vaccinica con risultati buoni benchè siano ancora scarsi come numero per avere una grande importanza.

V. GHIRON.

TERAPIA.

La cura dei vomiti incoercibili della gravidanza.

G. Leyen (*Rev. franç. de Gynécologie et d'Obstétrique*, nov. 1928) ritiene che tutti i disturbi digerenti dello stato di gravidanza (stato nauseoso, nausee perpetue, vomiti leggeri, gravi ed incoercibili) non sono che tappe successive di uno stesso male, la dispepsia, provocata od aggravata dalla stessa gravidanza e complicata, il più spesso, da dilatazione gastrica, isolata od accompagnata da dispepsia.

Consiglia pertanto la seguente condotta di cura.

Dispepsia. Riposo in letto. Alimentazione: 1° giorno, dieta idrica (1500 cmc. di acqua o di infuso, a 150 cmc. ogni ora e mezza); 2° giorno, dieta lattea (750 cmc. di latte e 750 di tisana, mescolati e zuccherati, a dosi come sopra); 3° giorno, 1500 cmc. di latte puro, aromatizzato (a dosi di 300 cmc. ogni 3 ore). I giorni seguenti, rialimentazione progressiva, da fissarsi qualitativamente e quantitativamente.

Far prendere 1 grammo di bromuro di sodio a mezzogiorno ed alla sera.

Aerofagia. La stessa alimentazione e la stessa somministrazione di bromuro, completata dalla pozione bismutata (Carbonato di bismuto g. 10; Gomma arabica g. 20; Acqua distillata cmc. 300: un cucchiaio, 5 volte al giorno).

Eseguire degli esercizi respiratori, p. es., quello di soffiare sulla candela, cioè espirazioni prolungate, ripetute 5 volte di seguito, ogni mezz'ora; non inghiottire la saliva, bere tutti i liquidi con un cannello.

Dilatazione gastrica. Immobilizzazione in letto, con il sedere alzato per mezzo di cuscini, 15 minuti all'ora. La stessa alimentazione; medicazione bromurata. Quando la malata si alza, applicazione di un corsetto che sostenga bene lo stomaco o di una fasciatura Velpeau, alta 30 cm., allo stesso scopo, che può mettersi anche durante il periodo di riposo in letto.

Non preoccuparsi della costipazione e della diminuzione di urina nei primi giorni, che sono da considerarsi come fenomeni di difesa di un individuo disidratato, che ha perduto parecchi chilogrammi di peso e che fissa con avidità tutti i liquidi che gli sono dati. Di fatto, nel primo periodo, si osserva un aumento di peso anche di un kg. al giorno.

L'A. cita parecchi casi clinici dimostrativi, che gli permettono di dubitare della esistenza di vomiti incoercibili della gravidanza; non esistono, egli dice, che dei vomiti incoercibili per mancanza di una cura adatta, in corso di gravidanza. *fil.*

Il trattamento dell'eclampsia puerperale.

Sulla base di 102 casi, G. Bernard (*Rev. méd. de la Suisse Romande*, 25 dicembre 1928) conclude che il metodo di Stroganoff-Zweifel (salasso, idrato di cloralio per clisteri, morfina) dà risultati eccellenti per la madre nei casi leggeri e d'intensità media (0 % di mortalità), mentre nei casi gravi, la mortalità è elevata (50 %). Per il bambino, tale metodo è nettamente inferiore al trattamento attivo, specialmente operatorio; la mortalità ridotta è del 27 %; la durata del trattamento è nociva al bambino.

Il salasso, nei casi con pressione sanguigna elevata, deve essere praticato al più presto possibile sotto narcosi al cloroformio e prima di portare la malata in clinica; allo scopo di prevenire le emorragie cerebrali, di prognosi sempre fatale.

Nei casi gravi, il trattamento attivo (operatorio od ostetrico) dà risultati nettamente superiori (27 % di mortalità, invece di 50); esso è nettamente superiore anche per il bambino (7,7 % di mortalità, invece di 27).

Il parto forzato, l'uso di sudoriferi è controindicato; i risultati sono cattivi per la madre e per il bambino. La pilocarpina, il solfato di magnesio, la lampada di quarzo non hanno ancora ricevuto la sanzione di sufficienti prove.

Il numero delle crisi e, soprattutto la loro intensità e la loro durata; il coma profondo, l'elevatezza della pressione sanguigna che non si abbassa dopo il salasso, l'anuria quasi completa permettono di giudicare la gravità della malattia.

L'eclampsia segue, il più spesso un'albuminuria gravidica che dura da parecchi giorni o da settimane; si può tentare di evitarla con l'esame regolare delle urine, della pressione

sanguigna, ecc. durante la gravidanza. Nei casi di albuminuria gravidica grave non influenzata dal regime latteo assoluto e dal riposo in letto, è indicata la interruzione della gravidanza, per via vaginale se il feto non è vitale, per via cesarea, se è invece vivo e vitale. *fil.*

Sulla questione della compatibilità dell'allattamento con la gravidanza.

Mensi (*Clinica ed Igiene Infantile*, giugno 1928) osserva che ancora è molto combattuta fra i varii Autori e le varie Scuole la compatibilità fra l'allattamento e la gravidanza.

Ultimamente lo Stux della Clinica Pediatrica di Odessa ha studiato l'influenza dell'allattamento sul feto, sullo sviluppo e stato del lattante, sulla capacità della madre gravida ad allattare, sulla composizione del latte e sullo stato di salute della madre gravida.

Le sue osservazioni si aggirano su 99 casi. In 50 neonati il peso iniziale era più basso della norma, in 38 casi l'allattamento durante la gravidanza ebbe un effetto negativo sullo stato e sullo sviluppo del lattante, effetto che non poteva essere dato soltanto dall'ipogalattia. Notò diminuzione della quantità di latte, sin dal secondo mese, e il latte presentava caratteri colostrali con aumento di albumina. Il valore biologico del latte variava sopratutto in rapporto alle vitamine.

Tra i due contendenti: lattante e feto, il feto ha il sopravvento. Questi inconvenienti non sono però tali da impedire l'allattamento. Alle volte basta una congrua aggiunta di adatto alimento per potere prolungare per un certo tempo l'allattamento.

Per risolvere la questione della compatibilità o meno dell'allattamento con la gravidanza bisogna innanzi tutto badare allo stato fisico della donna, quando questa è sana, robusta, ricca di latte può benissimo allattare purchè si badi alla regolarità dell'allattamento, alla persistenza del benessere della donna, che allatta, e al progressivo sviluppo del bambino.

Baldari.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Cura della spondilite tubercolare. — Al dott. M. L., abb. n. 1696:

Concetto essenziale è (a parte la cura generale) l'immobilizzazione e lo scarico del tratto ammalato, ciò che si ottiene al meglio mediante il decubito orizzontale continuato su un lettino di gesso — lordovizzando la regione affetta onde escludere l'azione della muscolatura ventrale — o anche, meno bene, con adatti corsetti gessati. La cura va protratta per mesi ed anni fino a scomparsa dei segni di attività del processo morboso; e allora si potrà far riprendere progressivamente la stazione eretta, provvedendo però ancora a lungo a tutelare con corsetti (p. es. in celluloide) il rachide.

Per i particolari e per gli altri quesiti può consultare i buoni trattati di patologia chirurgica.

E. Venezian.

VARIA.

Gratta-cieli medici.

Ce ne dà interessanti notizie il dott. Van Becelaere, di San Diego (California), nella *Internacia Medicina Revuo* (1929, n. 1).

Nella maggior parte delle grandi città degli Stati Uniti, i medici si riuniscono in gruppi, spesso numerosi, per istallarsi entro grandi immobili, costruiti appositamente e secondo le loro indicazioni.

Queste costruzioni sono provviste di tutto il *comfort* dell'organizzazione medica moderna: gabinetti radiologici, microbiologici, chimici, sale d'operazione e di medicazione, farmacia, biblioteca, sale di ricevimento, di visite, di conferenze, per banchetti, ascensori e monta-carichi silenziosi, distribuzione d'acqua calda e fredda a pressione ed a temperature costanti, correnti elettriche dirette e alternate, aria compressa, ripuliture *ad vacuum*, auto-ambulanze, *garages* ecc.

Per esempio, a Saint-Paul (Minnesota) uno di questi « grattacieli medici », alto 13 piani, ospita 210 medici e 117 dentisti; a Seatle (Washington) ve n'è uno di 18 piani occupato da 260 medici; a San Antonio (Texas) in una di queste costruzioni gigantesche alloggiano 300 medici.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

F. Laureati. *Sindromi polineuritiche consecutive ad intossicazione difterica.* — La Nuovissima, Napoli, 1929.

Id. *Note cliniche e terapeutiche su alcuni casi di difterite in Foligno.* — F. Vallardi, Milano, 1928.

S. Massimi. *L'azione della corrente elettrica alternata di alta frequenza sui nodi linfatici tubercolari.* — Tip. Cons. Naz. di Emigr. e Lavoro, Roma, 1928.

R. Jemma. *La nuova Clinica Pediatrica di Napoli.* — La Nuovissima, Napoli, 1929.

C. Ortali. *Influenza pluriglandolare sull'attività sessuale.* — F. Vallardi, Milano, 1928.

A. Sesto. *La sifilide maligna precoce e sua patogenesi.* — Stab. Pol. Amm. Stato, Roma, 1929.

F. Galdi-C. Cassano. *La nefrosi lipoidea come diabete lipurico.* — Tip. A. Panaro, Napoli, 1928.

I. C. Lascano. *La distocia en Cordoba.* — Talleres Graficas, Cordoba, 1928.

Q. Vischia. *Il problema dell'angina pectoris.* — Tip. S. Bernardino, Siena, 1929.

A. Ranelletti. *La Tubercolosi in rapporto al lavoro.* — Ist. Ital. Igiene e Prev. Soc., Roma, 1929.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Per l'esercizio ostetrico delle levatrici.

Segnaliamo le principali disposizioni del R. D. 6 dicembre 1928 n. 3318, pubblicato nella *Gazz. Uff.* n. 26 del 1929, per l'esercizio ostetrico delle levatrici.

È vietato alle levatrici di praticare operazioni che richiedano l'uso di strumenti chirurgici e di praticare operazioni manuali sul feto o nell'utero.

La levatrice è tenuta ad osservare metodicamente la temperatura della puerpera e deve osservare il disposto dell'art. 10 della legge 23 giugno 1927 n. 1070, cioè deve richiedere l'assistenza del medico se la temperatura superi i 38 centigradi. Se manchi il medico, la levatrice deve farne denunzia al Podestà e all'ufficiale sanitario. Essa deve denunziare inoltre all'ufficiale sanitario i casi di infezione puerperale e non deve avvicinare donna incinta, partoriente o puerpera senza averne avuto autorizzazione scritta dall'ufficiale sanitario.

Il Podestà può, in casi particolarmente gravi e su proposta dell'ufficiale sanitario, prescrivere alla levatrice che abbia assistito una donna colpita da processo infettivo l'astensione dall'esercizio professionale per 5 o più giorni.

Ogni levatrice deve annotare i parti e gli aborti in separati registri che le sono forniti dall'autorità sanitaria comunale. Alla fine di ciascun mese essa presenta i registri all'ufficiale sanitario il quale vi appone il proprio visto; alla fine di ciascun trimestre consegna i registri al medesimo il quale trattiene quello dei parti e trasmette i registri degli aborti al medico provinciale. Ogni levatrice deve essere provvista di una busta contenente i mezzi necessari per l'assistenza al parto naturale e quelli per arrestare l'emorragia nei casi urgenti. Alle levatrici dovranno essere somministrati gratuitamente gli antisettici e i materiali occorrenti per l'assistenza delle partorienti povere.

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XIV. - L'onorario del secondo perito, nei giudizi penali.

Nei giudizi penali, la perizia è ordinata d'ufficio o per istanza del Pubblico Ministero o di una delle parti ed è fatta da due periti, eccettuati i casi previsti dagli articoli 213 e 221 del c. p. p. Anche il secondo perito è nominato dal giudice se l'autore del reato sia ignoto o non sia presente alla istruzione o se l'imputato o il difensore, nel termine stabilito, non scelgano il perito o non sia fatto il prescritto deposito o il perito scelto non si presenti.

Chi deve pagare l'onorario dovuto al secondo perito? La parte che lo ha designato o l'Erario, salvo rimborso eventuale verso il condannato?

La sezione d'accusa della Corte d'appello di Bari, con provvedimento 19 gennaio 1929, risolvendo questo quesito, ha ragionato così, dal punto di vista giuridico e pratico.

« Che per il sistema adottato dal vigente codice di procedura penale, eccetto i casi di cui all'art. 213, le perizie devono essere fatte sempre da due periti, donde la logica conseguenza che anche il pagamento dell'onorario del secondo perito fa parte di quelle spese *necessarie* che vanno di regola anticipate dall'Erario dello Stato, salvo rimborso dal condannato.

« Tale affermazione trova conferma nel fatto che la nomina del perito di parte, quantunque su designazione dell'accusato, viene fatta dal Giudice, e notificata a sua cura, mentre è anche a lui deferito l'incarico di liquidarne le indennità. D'altro canto il tecnico, che si vede chiamato dalla giustizia, spesso senza avere nemmeno il tempo di assumere informazioni (e mettersi quindi di accordo) sulla persona che ha fatto cadere la sua scelta su di lui, ha pure il diritto di essere pagato da chi lo ha chiamato, o quanto meno, avere la sicurezza che la sua opera sarà retribuita, sicurezza che non può aversi altrimenti — a meno che non si voglia far diventare la facoltà di scelta del perito un privilegio per i ricchi — col ritenere che l'obbligo della retribuzione spetti all'Erario. L'affermazione stessa poi risulta esatta (e senza dubbio alcuno a parere della Sezione di accusa) dalla stessa parola del legislatore, e precisamente dalla disposizione contenuta nell'art. 214 c. p. p., nel quale articolo si legge: « Il Giudice può ordinare che l'imputato non ammesso al gratuito patrocinio, depositi preventivamente una somma per l'onorario del perito da lui scelto », facoltà codesta che non avrebbe nessuna ragione di essere, ove mai il ripetuto onorario fosse dovuto dall'imputato e non dall'Erario ».

La risoluzione ci sembra correttissima. La perizia è un atto del procedimento ed è *disposta dal giudice*, quando occorra; il secondo perito è *necessario, per volontà di legge*: senza di esso, l'atto non sarebbe valido; l'imputato ha soltanto la facoltà di sceglierlo, ma se questa facoltà, per qualsiasi causa, non è esercitata (autore del reato ignoto, imputato assente o inadempimento dell'obbligo del deposito, ecc.) non si può prescindere dal secondo perito e questo è scelto dal giudice.

Non è, quindi, dubbio che l'onorario dovuto al secondo perito appartenga alle spese necessarie per la perizia disposta dal giudice, cioè alla più ampia categoria di spese alle quali provvede l'Erario, salva l'azione di rimborso contro il condannato.

Questa risoluzione giova anche alla funzione del perito, elevandola in posizione di indipendenza.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AREZZO. — Scad. 12 apr.; 2ª cond.; L. 8000 e 4 quadrienni dec.; c.-v.

ARTA (*Udine*). — Scad. 15 apr.; con Zuglio; L. 9000 oltre L. 500 serv. att., L. 3000 trasp., L. 1000 uff. san., c.-v.

AVELLINO. *Amministraz. Provinc.* — Direttore del Dispens. antituberc. del capoluogo; scad. 15 apr. Rivolgersi Segreteria.

BARBERINO DI MUGELLO (*Firenze*). — Scad. 20 apr.; per Galliano; L. 8500; addizionale; indennità cavalc.

BUSTO ARSIZIO (*Milano*). — Medico Scolastico. Per titoli. Stipen. L. 12.000 con 5 aumen. quadriennali del decimo. Indenn. serv. attivo L. 2000 più caro viveri. Età minima anni 35, salvo eccezioni di legge. Preferenza possessori titolo special. Pediatria. Tassa L. 50,15. Domande e chiarimenti locale Segreteria Municipale.

CASTRI DI LECCE (*Lecce*). — Scad. 30 apr.; lire 9500 e 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

CESENA. *Municipio.* — Direttore del Dispensario anticeltico; L. 9000 comprensive di ogni indennità; nom. biennale senza diritto a stabilità; età lim. 45 a.; scad. 20 apr.; tassa L. 50; chied. annunzio.

CUNEO. *R. Prefettura.* — Uff. san. del Consorzio di Saluzzo, comprendente 5 comuni. Scad. 20 apr.

CUNEO. *Amministraz. Provinc.* — Direttore della Sez. Med.-Micrograf. del Laborat. Provinc. d'Igiene e Profilassi sociale. Scad. 13 apr.

GENAZZANO (*Roma*). — Proroga 15 apr.

GORIZIA. *Amministraz. Provinciale.* — Assistente presso la Sez. Med.-Micrograf. del Laborat. Provinciale d'Igiene e Profilassi; L. 10.000 oltre lire 2000 serv. att., L. 1200 indenn. provvisoria e c.-v. Scad. 13 apr.

LUCCA. — Scad. 15 apr.; L. 8000 e 5 quinquenni dec., oltre L. 300 (*sic*) serv. att., L. 1500 trasp., c.-v.

LUINO (*Varese*). — V. VARESE, *R. Prefettura.*

MILANO. *Istituti Ospitalieri.* — Assistente dell'Ambulat. Com. curativo antituberc.; detto, dell'Ambulat. Com. Oftalmojatrico; v. fasc. 13. Scad. 16 apr.

MOLINELLA (*Bologna*). — Scad. 20 apr.; L. 8000 per 800 iscritti; addizionale L. 3; trasp. L. 500-3000; c.-v. L. 850; eventualm. direz. Ricovero Vitt. Em. L. 1000.

MONCESTINO (*Alessandria*). — Scad. 15 apr.; con Villamiroglio; L. 9000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 500 uff. san., L. 1800 cavalc.; età lim. 45 a.

MONTECOSARIO (*Macerata*). — Scad. 19 apr.; 2ª cond.; L. 8000 e 3 quadrienni dec., c.-v., L. 500-2500 trasp., L. 800 uff. san.; età lim. 39 a.; tassa L. 50,10.

NOVARA. *Consorzio Provinc. Antitubercolare.* — A tutto 30 apr. Medico direttore del Dispensario Antitubercolare; L. 20.000. È consentita la consulenza professionale. Nomina annuale e successive conferme quadriennali. Informazioni presso la Segreteria del Consorzio, Palazzo del Governo.

PIACENZA. *R. Prefettura.* — Uff. san. del capoluogo; L. 17.000 oltre L. 3000 indenn. carica, 5 trienni e 1 quinquennio dec. Scad. 30 apr.

PIOMBINO (*Livorno*). — Scad. 15 apr.; 5ª condotta; L. 9000 e 5 quadrienni dec., c.-v., L. 4000 cavalc.; età lim. 40 a.; tassa.

ROCCAPIEMONTE (*Salerno*). — Scad. 7 mag.; lire 6500 (*sic*) e 4 quadrienni dec.

ROMA. *Governatorato.* — Direttore dell'Ufficio di Igiene e ufficiale sanitario della città di Roma. Proroga 20 maggio.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — Concorsi per esami e titoli a 14 aiuti medici, 7 aiuti chirurghi e 3 aiuti patologhi; scad. ore 16 del 5 giu. Età lim. 35 a. Due anni di assistentato negli Ospedali Riuniti di Roma e dichiarazione finale di idoneità. Tassa L. 50. Stip. L. 7300 oltre c.-v. Rivolgersi Segreteria. Chiedere annunzio.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni. (Ferrovie dello Stato).* — Concorsi per titoli a posti di Medico di riparto; v. fasc. 13. Scad. 30 apr.

SALUZZO. — V. CUNEO, *R. Prefettura.*

SASSOCORVARO (*Pesaro*). — Scad. 15 apr.; L. 8000 oltre L. 3000 cavalc. equina, L. 400 uff. san., 10 % assistenza operaz. chirurg. Ospedale Civile « Lanciarini »; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

SAVONA. *Amministraz. Provinc.* — Direttore della Sez. Med.-Micrograf. del Laborat. Provinc. di Igiene e Profilassi; proroga 15 apr.; stip. L. 15.000 e 5 trienni dec., oltre L. 2800 indenn. serv., c.-v.

SELVA DI CADORE (*Belluno*). — Interino tre mesi. Consorzio con Colle S. Lucia. Distanza 3 Km. Popolazione compless. 1600. Probab. nomina definitiva. Stipendio L. 17.000 annue, oltre caro-viv. Richieste di inform. e domande al R. Commissario Prefettizio in Selva di Cadore.

SUTRI (*Viterbo*). — Scad. 35 giorni dal 20 mar.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10; L. 9500, compreso ambulat. e direz. ospedale; 5 quadrienni dec.; L. 400 uff. san.; compenso speciale Consorzio antitbc. Chied. annunzio.

TARANTO. *Ospedale Civile.* — Scad. 20 apr., ore 12; 3 medici di guardia; L. 8000. Rivolgersi Segreteria.

URBINO. — Scad. 15 apr.; per Schieti-Miniera; L. 9000 e 4 sessenni dec., oltre L. 1500 serv. att., c.-v., addizion. L. 2 oltre i 500 pov. e L. 3 oltre i 1000; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

VARESE. *R. Prefettura.* — Uff. san. e capo dell'Ufficio d'Igiene di Luino; scad. 30 apr.; v. fascicolo 13.

VERCELLI. *Amministrazione Provinciale.* — Presso il Laboratorio di Igiene e Profilassi, Sezione Medico-Micrografica; titoli ed esami. Direttore: L. 19.000 oltre indenn. L. 3000; Coadiutore: lire 17.000 oltre indenn. L. 2000; Assistente: L. 10.000 oltre indenn. L. 2000. Sei quadrienni decimo. Scad. 10 maggio. Chiedere avviso alla locale Segreteria dell'Amministrazione Provinciale.

VERONA. *Consorzio Provinc. Antitubercolare.* — Direttore Tecnico Sanitario dei Servizi Anti-tbc.; L. 24.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 serv. att.; età lim. 31-40 a.; tassa L. 50,15. Divieto eserc. profess. Scad. 30 apr.

VERUCCHIO (*Forlì*). — Scad. 18 apr., 1° rep.; L. 10.000 oltre L. 2000 cav., L. 500 uff. san., 10 bienni ventes., c.-v.; direz. Ospedale; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Società Italiana di Medicina Sociale.

La Società Italiana di Medicina Sociale, mercè la liberalità del prof. dott. Prassitele Piccinini, che ha messo a sua disposizione la somma di L. 5000, bandisce un concorso fra i medici italiani per una monografia sul tema seguente: « La medicina preventiva, e la selezione professionale in rapporto alle provvidenze assistenziali ed assicurative, come fattori del potenziamento della stirpe ».

I lavori, dattilografati in tre copie, debbono pervenire anonimi alla Presidenza della Società di Medicina Sociale (via Dogana, n. 2, Milano) entro le ore 15 del 31 marzo 1930.

Sovra una busta dev'essere ripetuto il motto stesso che contraddistingue la monografia. Entro la stessa busta, sigillata, deve essere racchiuso un foglietto col nome e l'indirizzo dell'autore. La busta non sarà aperta se non dopo che il giudizio non sarà stato emesso dalla Commissione giudicatrice.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

I nuovi deputati medici.

Le elezioni plebiscitarie del 24 marzo hanno portato, alla Camera dei Deputati, i seguenti rappresentanti della classe medica: Castellino prof. Nicolò, Fioretti dott. Arnaldo, Fioretti prof. Ermanno, Morelli prof. Eugenio, Muscatello prof. Giuseppe, Maggio dott. Giuseppe, Paolucci prof. Raffaele, Perna prof. Amedeo, Salvi prof. Giunio, Serono prof. Cesare, Vinci prof. Gaetano.

Il gruppo non è numeroso, ma costituito da elementi dotati di competenza e animati da buona volontà, per la suprema tutela degli interessi sindacali e morali della famiglia medica.

La Facoltà Medica di Napoli ha conferito, ad unanimità, l'incarico dell'insegnamento di storia della medicina al prof. Pietro Castellino, direttore della I Clinica Medica, in seguito al passaggio del titolare, prof. Maurizio Mastrorilli, all'Università di Bari.

NOTIZIE DIVERSE.

1° Congresso internazionale di microbiologia.

Si terrà a Parigi, dal 7 al 12 ottobre, per iniziativa della Società Internazionale di Microbiologia, presso l'Istituto Pasteur, sotto la presidenza onoraria del prof. Roux e sotto la presidenza effettiva dei proff. Bordet e Kraus.

Il programma comprende relazioni, conferenze e dimostrazioni pratiche. Le relazioni stabilite sono le seguenti: « La scarlattina (etiologia, profilassi, terapia) », relatori proff. Dochez, Cantacuzène, Zlatagoroff, Friedmann, Debré; « Febbre ondulante ed aborto epizootico », relatori proff. Wright, Kristensen, Rinjard; « Varietà microbiche, fenomeni litici », relatori proff. Bordet, Max Neisser; « Patogenesi del colera », relatori proff. Sanarelli, Kabeshima; « Etiologia dell'influenza », relatore prof. M. R. Pfeiffer; « Coltura dei tessuti », relatore prof. M. Carrel; « La decomposizione dei vegetali nel suolo e la formazione della sostanza umica », relatore prof. Winogradsky.

Le conferenze comprendono: « La vaccinazione antitubercolare », prof. Calmette; « La vaccinazione antidifterica », prof. Ramon; « La sifilide sperimentale e l'immunità », prof. Kolle; « I lipoidi », prof. S. Belfanti; « L'immunità nelle piante », prof. D. Carbone.

Le conferenze con dimostrazioni pratiche saranno fatte dai proff. Borrel, A. Fischer, Canti sulla « coltura dei tessuti e dei tumori »; dai proff. Brumpt, Füllerbon, Mesnil, Nuttall sopra argomenti di parassitologia.

I congressisti potranno presentare delle comunicazioni che dovranno riferirsi all'argomento delle relazioni; esse saranno sottoposte all'accettazione del Comitato centrale ed il loro titolo dovrà essere inviato entro il 15 maggio 1929 al Comitato Italiano. Sono ammesse come ufficiali le seguenti lingue: francese, inglese, italiano, spagnuolo, tedesco.

Per tutte le informazioni, i soci possono rivolgersi al Comitato Italiano (Milano, via Darwin, 20) il quale comunicherà sul Bollettino, a mano a mano che perverranno dal Comitato Centrale, tutte le notizie che si riferiscono al Congresso.

VIII Congresso della Società Italiana di Neurologia.

Doveva tenersi a Catania; avrà luogo invece a Napoli, dal 10 al 12 aprile. Rivolgersi al presidente del Comitato organizzatore, prof. O. Fragnito, R. Clinica Neurologica, Napoli; od al segretario della Società, prof. A. Coppola, R. Clinica Neuropsichiatrica, Casella postale 21, Sassari.

Visite e cure mediche per gli appartenenti alla Milizia.

Il Comando Generale della Milizia è venuto nella determinazione di istituire una scheda di valutazione organica e ginnico-sportiva per gli appartenenti alla Milizia. Il Capo del Governo e Comandante Generale della Milizia ha approvato il provvedimento. Lo scopo cui con questa iniziativa si tende, è duplice: ai fini del servizio l'uno; ai fini sociali l'altro.

Ai fini del servizio: per riconoscere ed enumerare quali e quanti siano gli appartenenti alla Milizia idonei: *a*) a incondizionato servizio militare; *b*) a servizi condizionati in speciali re-

parti scelti della Milizia: montagna, colonie, battaglioni Camicie Nere, ecc.; *c*) alla cultura ginnico-sportiva in generale ed in particolare; *d*) ai servizi meno gravosi d'ufficio, ecc.

Ai fini sociali: per riconoscere e individuare i meno robusti, per consigliare ai bisogni adatte cure e opportune norme igieniche sociali, per apprestarle a tarati o a quelli affetti da postumi di sofferte infermità, per segnalare i minorati agli Enti assistenziali in generale e della Milizia in ispecie, per sottoporre a cure specializzate gli infermi, per provvedere all'assistenza igienico-sociale e del lavoro.

Per attuare questa ottima iniziativa tutti gli appartenenti alla Milizia dovranno essere sottoposti a periodiche visite mediche, durante le quali si avrà modo di annotare sulla scheda i dati voluti. Tali visite saranno eseguite da ufficiali medici della Milizia, col concorso, se del caso, degli specialisti consulenti. L'esecuzione delle cure prescritte avverrà di massima presso gli ambulatori clinici funzionanti in molte località, ovvero a domicilio del sanitario o dell'interessato.

I riconosciuti curabili (oligoemici, deperiti, tracomatosi, adenoidei, celtici, ecc.), e gli affetti da postumi di malattie, specie quelle contratte in periodo bellico (malaria e sifilide) e quelli con difetti e imperfezioni fisiche utilmente modificabili con opportuni mezzi, dovranno essere tutti sottoposti ad adatte cure.

Va considerato lo scopo nobilissimo e l'enorme vantaggio sociale in genere e il contributo al miglioramento della razza in particolare. Chi offre spontaneamente la propria opera alla Milizia deve sentire il dovere di rendere sempre più valida e pronta la feconda attività della missione da compiere, quando gli si mettano a disposizione medici e medicinali.

Nomina del direttore dell'assistenza sanitaria nel Dopolavoro dell'Urbe.

Il Direttorio provinciale del Dopolavoro dell'Urbe ha proceduto, su designazione del Sindacato medico fascista, alla nomina del direttore tecnico provinciale per l'assistenza igienico-sanitaria nei gruppi Dopolavoro, nella persona del dott. Alessandro Morandi.

Il compito del direttore tecnico per l'assistenza igienico-sanitaria si rivolge ad una delle maggiori e principali attività dell'O. N. D., quella della propaganda e diffusione pratica tra le masse lavoratrici, dei più sani principî dell'Igiene personale e familiare e della prevenzione e salvaguardia dalle malattie più diffuse. Questo compito viene assolto con facilità di mezzi, e con particolari programmi ed inquadramento, dando così la possibilità ai lavoratori di trovare praticamente nell'O. N. D. una delle organizzazioni più preparate e più idonee a soddisfare quel necessario loro bisogno di elevazione e di cognizione, in questo importantissimo problema sociale, che è l'Igiene e la prevenzione delle malattie tra i lavoratori.

Riforma organica degli Ospedali.

Con decreto pubblicato dalla « Gazzetta Ufficiale », fino al 31 dicembre 1929 l'Amministrazione degli Istituti spedalieri e Case annesse di Milano è autorizzata a valersi ai fini indicati delle disposizioni del R. D. L. 13 febbraio 1927 concernente la riforma organica ed il riordinamento del personale stipendiato dal P. Istituto di Santo Spirito in Sassia e Ospedali Riuniti di Roma, la quale autorizzazione viene concessa anche alla Amministrazione della Congregazione di Carità di Lecco, amministratrice del civico ospedale di quel comune ed alla amministrazione dell'ospedale civile di Fornaroli in Magenta.

Giornata medica di Milano.

Per inscriversi alla Giornata Medica di Milano, basterà che i medici notifichino in anticipo nome, cognome, indirizzo, all'« Ufficio Stampa Medica Italiana » (via Vallazze n. 39 - Milano).

Anche quelli che non risultassero inscritti, saranno ammessi, la mattina del 16 aprile, all'ingresso libero e alle visite in comitiva, bastando dimostrare, anche con semplice biglietto da visita, la propria qualità di medico, all'entrata principale della Fiera (piazzale Giulio Cesare). Ma la necessità di una pronta inscrizione deriva da motivi di organizzazione; i non inscritti correranno l'alea di non partecipare a quanto venga preparato in antecedenza per un dato numero di partecipanti notificati.

I ribassi ferroviari, ottenibili in qualunque Stazione del Regno, a datare del 7 aprile, saranno del 50 %; unica formalità necessaria sarà l'acquisto (L. 10) della speciale tessera che la Fiera di Milano è stata autorizzata a mettere in vendita.

Per alloggi a Milano, scrivere in tempo a C. I. T., via Santa Margherita, 16 - Milano.

Mostra della Stampa Medica Italiana.

L'Ufficio Stampa Medica Italiana ne sostiene tutte le spese di organizzazione. (Se qualche Amministrazione vorrà dare un contributo, esso sarà accettato con piacere e devoluto agli Orfani dei Medici caduti in guerra).

Sarà opportuno che ciascun periodico mandi al più presto una propria annata recente, rilegata, all'« Ufficio Stampa Medica Italiana », via Vallazze, 39, Milano; o almeno mandi una serie di numeri, che diano un'idea esatta del periodico.

Presso l'U. S. M. I. si troverà un locale messo a disposizione in permanenza dei direttori, redattori, amministratori, collaboratori dei periodici medici italiani.

Il " giorno della Madre ".

F. De Napoli propone, ne « La Federazione Medica », d'istituire « il giorno della Madre », destinato a beneficare la maternità e l'infanzia, in commemorazione del sublime sacrifizio di Carmela Borelli, la madre calabrese che sorpresa in piena campagna da una bufera di neve, protesse col proprio corpo e le proprie vesti i due figlioletti, riuscendo a salvarli, ma morendo assiderata.

Una grave operazione chirurgica in pieno Oceano.

Nella recente traversata da New York a Genova del grande transatlantico « Roma » della N. G. I., mentre si trovava in piena navigazione, a tre giorni da Gibilterra, un passeggiero americano di prima classe, di 72 anni, fu colpito improvvisamente da disturbi addominali.

Consultato il Direttore Sanitario del piroscafo, dott. Gullini, questi, malgrado la sintomatologia iniziale ancor poco chiara, diagnosticò una perforazione d'ulcera gastrica e prospettò la necessità di un immediato intervento.

Concertato il da farsi col primo medico aggiunto, dott. De Ferrari Arturo e col dott. Veeks, un distinto collega americano il quale si trovava fra i passeggieri e la cui collaborazione, gentilmente prestata, riuscì preziosa specialmente nel persuadere il malato ad accettare l'intervento, questo potè essere rapidamente eseguito poche ore dopo dall'insorta perforazione. Fortunatamente lo stato del mare era favorevole sicchè la difficile operazione riuscì perfettamente malgrado la piccolezza della perforazione e la sua situazione posteriore.

L'esito del difficile intervento fu brillantissimo perchè, malgrado l'età avanzata del paziente, il decorso post-operativo fu perfetto tantochè il paziente potè essere sbarcato a Napoli dov'era diretto all'ottavo giorno dall'operazione in ottime condizioni locali e generali.

Tutto ciò dimostra quali gravi eventualità possano presentarsi ai Medici di Bordo e come essi debbano essere preparati a fronteggiarle nel miglior modo coi mezzi a loro disposizione e senza possibilità di aiuto dall'esterno.

Ne consegue la necessità, già da noi ripetutamente sostenuta, che i Medici di Bordo fissi, debbano esser scelti per pubblico concorso fra tutti gli autorizzati, in modo che quelli fra di loro che intendono dedicarsi permanentemente alla vita del Mare siano veramente i migliori della classe e posseggano, come i colleghi del « Roma », la necessaria preparazione clinica e professionale.

Solo in tal modo, gli equipaggi ed i passeggieri che imbarcano sui piroscafi italiani potranno avere la piena sicurezza che la loro salute sarà perfettamente tutelata, anche nelle più gravi circostanze, il che costituirà un nuovo titolo d'onore per la nostra Marina Mercantile.

M.

GIUSEPPE CIRINCIONE.

Giuseppe Cirincione nacque a Bagheria il 1863. Seguì a Palermo gli studii secondari ed a Napoli il corso universitario. Si laureò in questa Università con il plauso dei Commissari che già da studente avevano in lui intuito un'intelligenza non comune ed una tendenza straordinaria agli studi della medicina. Appena laureato, presentò all'Accademia Medica Napolitana una nota polemica con cui rivendicava al Fontana la scoperta della guaina detta più tardi di Schwann.

A Napoli fu allievo predilettissimo di Luciano Armanni, di cui divenne settore, e sotto la sua guida si dedicò con grande passione alle ricerche isto- ed istopatologiche, in un periodo in cui la tecnica era ancora primitiva e non esistevano i moderni microtomi.

Nello stesso tempo egli si avviò all'oculistica sotto la guida sapiente del prof. De Vincentis.

Vinse per concorso la borsa per un corso di perfezionamento in Germania. Fu allora che si recò per la prima volta a Lipsia, dove divenne l'allievo prediletto del prof. Sattler e del prof. His, due grandi celebrità del mondo scientifico.

Nel 1894 conseguì per titoli la libera docenza in oculistica. Nel 1896 fu chiamato a Tunisi dalla Colonia italiana, perchè ivi impiantasse una « Casa di cura » per le malattie oculari, casa di cura che divenne presto famosa, tanto che vi accorrevano tutte le personalità sia della Colonia francese che indigene.

L'attaccamento al prof. Cirincione era così vivo che tutt'ora i Bey e le altre grandi personalità della Tunisia venivano a consultarlo a Palermo ed a Roma.

Nei primi del 1898, ritornato a Palermo vi fondò un Istituto oftalmico di prim'ordine, attrezzato non soltanto per la terapia delle malattie oculari ma anche per le ricerche scientifiche.

Non badando a spese Egli riuscì a mettere in efficienza un laboratorio completo, non inferiore a quello di un Istituto universitario, nel quale era possibile di eseguire indagini, sia nel campo dell'istologia ed embriologia, che in quello della batteriologia. Notevole un grandioso apparecchio per la microfotografia da Lui ideato, microfotografia in cui era abilissimo, come abilissimo era nella tecnica delle ricostruzioni plastiche da Lui apprese in Germania e che per il primo insegnò ed eseguì in Italia.

Acquistò inoltre numerose collezioni di periodici della specialità, formando una interessante biblioteca; cosicchè se si aggiunge il movimento notevole di ammalati che affluirono numerosi, sia nell'ambulatorio gratuito annesso all'Istituto, sia nelle sale di degenza, si può affermare che esso raggiunse l'importanza di una Clinica di primo ordine e numerosi allievi la frequentarono per parecchi anni.

Nel 1900 il prof. Cirincione fondò un giornale della specialità: « La Clinica Oculistica », il quale ebbe presto una grande diffusione, sia per la parte scientifica che per la parte pratica. Nella « Clinica Oculistica » cominciarono ad essere pubblicati i lavori del Maestro e della sua nascente Scuola. Nel 1902 il prof. Cirincione vinse il concorso della cattedra di Siena riuscendo primo e nel novembre dello stesso anno raggiunse la sua sede, accompagnato da un gruppo di allievi fedelissimi ed entusiasti.

Il prof. Cirincione a Siena diede un grande impulso all'Istituto da Lui diretto, trasformando locali, arredando il laboratorio e la biblioteca. Numerosi lavori personali e degli assistenti, due dei quali conseguirono la libera docenza, e tesi di laurea, coronarono il primo anno di insegnamento dell'illustre Maestro. Alla fine del 1903 egli venne chiamato a Genova ad occupare la cattedra di Clinica oculistica, rimasta vacante con la morte del prof. Secondi. È da ricordare il successo avuto nel Congresso degli anatomici tenutosi in Germania, dove con la scorta di numerosi preparati potè battersi con successo per la genesi mesodermica del vitreo da Lui sostenuta. Al termine del 1904, dopo una lotta non indifferente di competentissimi, della quale riuscì vittorioso, potè essere trasferito nell'Università di Palermo.

Ivi rimase sino alla fine del 1908, portando la Clinica oculistica di quella sede ad un grande lustro; nel 1909 col suo trasferimento nella Uni-

versità di Roma il prof. Cirincione raggiunse l'apice della sua fama.

* * *

Dal 1919 ha inizio la carriera politica del prof. Cirincione.

Spinto dalle vive insistenze dei suoi concittadini e dai suoi numerosi amici, dei quali moltissimi suoi clienti affezionati, il prof. Cirincione presentò la sua candidatura politica nel collegio di Palermo ed ebbe una votazione quasi plebiscitaria. Alla Camera si distinse per l'opera svolta nel campo della Assistenza Sanitaria Sociale ed Universitaria e rimane di Lui ancora ricordato il discorso sull'Alta Cultura, che portò, fra l'altro, al decreto di trasformazione della libera docenza per titoli.

Fondò nel 1920, con altri colleghi, il Fascio Medico Parlamentare di cui fu presidente.

Rieletto nel 1921, si occupò particolarmente del certificato sanitario prematrimoniale, la cui proposta ebbe un grande successo ed anche recentemente è ricordata nei paesi stranieri, sopratutto in Francia.

Fu propugnatore della trasformazione del Parlamento attuata dal Regime Fascista.

Nelle ultime elezioni Egli limitò la sua opera politica a sostenere la lista Nazionale Fascista nella provincia di Palermo. Consecutivamente venne nominato Senatore (20 settembre 1924).

In Sicilia si è reso sopratutto benemerito per la costruzione dell'Acquedotto di Cefalù, degli Antitracomatosari di Bagheria e di Villabate e della Colonia Marina di Aspra; per l'interessamento spiegato in tutte quelle iniziative che potevano favorire gli interessi siciliani.

Degna di particolare nota è la cospicua donazione di tutta la sua grandiosa villa di Bagheria, per costituire un orfanotrofio per oltre un centinaio di bimbi, e la fondazione di un gruppo annuale di 150 medaglie (50 oro, 50 argento, 50 bronzo) per premiare gli alunni più studiosi del paese natìo.

Durante la guerra egli fece il suo dovere di soldato, chiedendo di essere arruolato ed utilizzato anche in zona d'operazione. Fu destinato alla organizzazione superiore dei servizi oftalmici e fu incaricato di risolvere il grandissimo problema dei tracomatosi, pei quali fece istituire, sopratutto allo scopo di combattere il dilagante autolesionismo, i battaglioni tracomatosi.

Cessata la guerra venne a lui conferita la medaglia d'oro ai benemeriti della salute pubblica.

* * *

La sua fama di scienziato e clinico insigne era diffusa ovunque.

La grande Clinica romana, dotata di quanto possa essere desiderabile nel campo delle ricerche scientifiche, era divenuta un grande centro di studii oftalmologici e ad essa accorrevano studiosi di tutte le parti d'Italia e dell'Estero. Si deve al prof. Cirincione la collezione più completa di pubblicazioni e trattati di oculistica, ed egli non solo donò alla Clinica tutta la sua biblioteca personale, il grande numero di libri e di giornali che a Lui spedivano in omaggio da ogni parte d'Italia e dai paesi stranieri, ma ottenne anche da amici suoi cari il dono di libri rari e preziosi; particolarmente importante è stata la intera raccolta dell'illustre prof. Albertotti di Padova, che rappresenta oltre una diecina di migliaia fra fascicoli e volumi.

Non pochi apparecchi scientifici, anche di notevole spesa, egli acquistò per la Clinica e ovunque si rese necessario il suo intervento finanziario fu sempre sollecito e disinteressato.

La Clinica era stata dotata negli ultimi anni di una completa installazione per riproduzioni cinematografiche degli atti operativi, con la quale il prof. Cirincione aveva ottenuto dei films scientifici di grandissima importanza, che riscossero l'ammirazione di tutti i visitatori italiani e stranieri, che numerosi accorrevano ogni anno nella Clinica. Non v'era alta personalità del mondo scientifico di passaggio a Roma che non si recasse a visitare il magnifico Istituto. L'album dei visitatori porta nomi di chiarissima fama, non solo nel campo della scienza, ma anche in quello della politica.

L'illustre prof. Truc così si esprimeva recentemente in una riunione a Parigi, ricordando l'opera del prof. Cirincione: « Le professeur Cirincione est une illustration mondiale. Il a fait de la clinique de Rome un centre de recherches universellement apprécié ».

In quest'ultimi anni, per rendere autonoma ed imperitura la gestione degli « Annali di Oftalmologia e Clinica Oculistica », in cui trasformò il suo precedente periodico, il prof. Cirincione aveva dotato la Clinica di una grande installazione tipografica, alla quale concorse con contributi personali ingentissimi per l'acquisto del macchinario, fatto venire espressamente da Lipsia.

Facendo rinascere, come fece, l'antica Associazione degli oculisti italiani, col nome di Società Italiana di Oftalmologia e rendendola Ente Nazionale, il prof. Cirincione diè nuovo impulso alle riunioni scientifiche nazionali, ed allo scopo di incoraggiare maggiormente gli studiosi istituì, col concorso anche di personalità, importanti e numerosi premi, nazionali ed internazionali.

Lo scorso anno il premio internazionale Cirincione di L. 20.000 venne assegnato al dott. Poos di Munster.

Era tale l'attaccamento del prof. Cirincione alla Sua Clinica ed alla oftalmologia che Egli aveva deciso di legare tutto il Suo patrimonio alla Società Italiana di Oftalmologia ed all'amministrazione degli « Annali ».

Era noto a tutti, del resto, che egli spendeva per il mantenimento dei soli « Annali » somme ingenti.

La produzione scientifica del prof. Cirincione rappresenta una autentica conquista nel campo della oftalmologia ed i più grandi scienziati del mondo l'hanno sempre apprezzata, ad essa attingendo sia nelle singole ricerche, sia nella compilazione dei trattati scientifici e pratici.

Il prof. Cirincione ha creata una Scuola nel senso vero della parola. Si può dire che in tutte le parti d'Italia sono disseminati i suoi allievi, comprese le Colonie africane. I direttori delle Cliniche di Catania, Messina, Perugia, Sassari, sono suoi allievi, come suo allievo oltre che nipote amatissimo era il compianto prof. Speciale, Direttore della Clinica Oculistica di Torino. Anzi proprio la fine del prof. Speciale, avvenuta

in circostanze particolarmente tragiche, era riuscita a scuotere profondamente la fibra del grande Maestro, che si arrese soltanto dinanzi all'inesorabile male.

La fine del prof. Cirincione costituisce per l'Italia e per il mondo scientifico una perdita irreparabile. M. MONTALTI.

P. G. UNNA

La scomparsa di P. G. Unna, morto il 29 gennaio di quest'anno, segna una delle più gravi perdite per la Dermatologia internazionale. Di pochi, come di lui, può dirsi, senza ombra di postuma adulazione, che dedicò l'intera sua vita agli studii: basta leggere l'elenco delle sue pubblicazioni stampato nella « Zeitschrift » del 1920 e quello dei lavori posteriori, quando, cioè, superato il 70° anno di età e fatto segno agli omaggi di colleghi e discepoli sparsi in ogni angolo del mondo civile, avrebbe avuto il diritto di concedersi un meritato riposo.

Nato nel 1850 in Amburgo, vi ottenne dopo lungo tirocinio di studii, la fondazione di una Clinica dermatologica, che con diuturno sforzo tenace seppe condurre ad uno splendore mai visto di cui era indice eloquente l'affluenza di studiosi che da ogni paese accorrevano a quella inesausta fonte di sapere.

Data da quell'epoca la sua opera scientifica che in un sommario cenno come questo è appena possibile riassumere, ma la quale, al pari di quella di H. Hebra, ha segnato nel continuo evolvere della Dermatologia un'impronta che il tempo non cancellerà mai.

Se Egli deve la massima parte della fama ond'era a giusto titolo circondato ai suoi classici studii di istopatologia e di biochimica della pelle nei quali fu veramente un innovatore (ne fu anzi, si può dire, il creatore) nessun campo della specialità restò per lui inesplorato, soprattutto quello della terapia a cui seppe dare un nuovo indirizzo ideando metodi nuovi, basati su concezioni originali, i quali sono ora entrati nella comune pratica quotidiana.

L'attività di P. G. Unna non conobbe limiti. Di molti congressi internazionali Egli fu il promotore e l'organizzatore e dovunque la sua autorevole parola era ascoltata con quella reverenza e con quell'interesse che solo le grandi menti sanno suscitare. La collezione del « Monatshefte für praktische Dermatologie » da lui fondato nel 1882, con la collaborazione di O. Lassar e di F. v. Hebra (e che poi divenne l'attuale « Dermatologische Wochenschrift »), senza parlare dei trattati maggiori di anatomia (1883), istopatologia (1893), terapia (1898) e biochimica (1913) della pelle, può di per sè sola dare un'idea adeguata oltre che dell'importanza e della mole di lavoro da lui compiuto, a cui solo la morte ha posto fine, delle sue qualità animatrici di Maestro e di propulsore di ricerche scientifiche.

L'opera vasta, multiforme, geniale di P. G. Unna ne lega ormai indissolubilmente il nome ai grandiosi progressi dai nostri studii in quest'ultimo mezzo secolo e ne consacra fra le venture generazioni la gloria di riformatore della moderna Dermatologia. V. MONTESANO.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Münch. Med. Woch., 8 mar. — OCHME. La prognosi. — PEITMANN. Risultati di 650 interventi sulle vie biliari.

Med. Klinik, 8 mar. — E. GRAFE. Le cure dimagranti. — O. PANEK. Il parto nelle adolescenti.

Deut. Med. Woch., 8 mar. — HOFFMANN. Apprezzam. del carattere normale e patolog. — ELKELES. Dissenteria da E.

Acta Med. Scandin., II-III. — E. FORSGREN. Azione dell'insulina sul fegato. — A. GRÖNBERG e B. STENSTRÖM. L'encefalite miasteniforme. — I. ST. LORANT. I reni nel coma diabetico.

Arch. Mal. App. Digestif ecc., gen. — L. BÉTHROUX e P. MONNIER. L'acido-amminuria. — R. A. GUTMAN e R. JAHIEL. Falsi aspetti radiografici del cancro dello stomaco.

Revue de Méd., n. 9. — E. LEDOUX. La febbre ondulante d'origine bovina.

Revue Neurol., feb. — L. VAN BOGAERT e I. BERTRAND. Varietà d'atrofia olivo-pontina a evoluzione subacuta con turbe demenziali. — L. BARD. Nistagmo artificiale negli emiplegici.

Rif. Med., 2 mar. — B. BONOMINI. Azione dell'insulina sull'iperglicemia operatoria.

Radiol. Med., mar. — A. RATTI. Stereo-radiografia. — F. FALCO. Perigastrite adesiva.

Bull. Ac. de Méd., 26 feb. — E. SERGENT e al. Trattam. delle suppuraz. polmon.

Wien. Arch. inn. Med., 2-3. — K. HITZENBERGER e H. ELIAS. Confronto dei metodi fisico-clinici e roentgenologici di esame. — S. MARTON. Diminuita eccitabilità nerveo-muscolare nel diabete. — L. ADLER. Ipertireosi e ipersensibilità all'insulina. — R. BOLLER e J. WASSERMANN. Clinica ed ematologia dell'influenza polmonare con riguardo alla prognosi. — W. REDISCH e H. RÖSSLER. Vizi cardiaci congeniti.

Rass. Internaz. di Cl. e Ter., feb. — C. ORZECHOWSKI. La stasi ventricolare nella meningite epidemica e la sua cura mediante l'insufflazione d'aria.

Minerva Med., 10 mar. — L. PONTICACCIA e M. ISALBERTI. Influenza della milza sulla crasi chimica e chimico-fisica del sangue.

Paris Méd., 9 mar. — LEVADITI e al. Meccanismo patogenetico della parasifilide. — A. GIRAUD. Utilizzazione delle pressioni negative nel pneumotor. terap.

Giorn. Ital. di Dermatol. e Sifil., feb. — G. TRUFFI. Amiloidosi cutanea primitiva. — L. CATTANEO. Meningiti luetiche acute precoci e malarioterapia.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 10 mar. — U. RONDELLI. Regolazione della vita vegetativa.

Sperimentale, I. — C. A. LANG. Le biopsie e gli accertamenti diagnostici rapidi. — G. ROVIDA. La lewsite. — A. MANIERI e P. GORI. Particolare neurotropismo della « Spirochaeta duttoni ». — V. GHIRON. Sieroterapia dei tumori maligni nei topi.

Presse Méd., 9 mar. — H. JANSON e al. Gli eczemi piococcici e micosici. — G. LECLERC. Trattamento dell'invaginaz. intestin. acuta nell'adulto.

Minerva Med., 3 mar. — G. ANDREOLI. Nuova reazione chimica del liquido cef.-rach.

Riv. San. Sicil., 15 mar. — I. NASSO. La profilassi immunitaria contro la tbc.

Journ. Méd. Franç., feb. — Numero sulle rettopatie.

Rev. Españ. de Med. y Cir., mar. — C. CRIADO. Patogenesi degli itteri.

Riv. Med., 9 mar. — C. FRUGONI. Infarto del miocardio da miocardite sin. di natura luetica. — G. MONTEMARTINI. Flogosi croniche sclerosanti della gland. sottomascellare.

Wien. Klin. Woch., 14 mar. — PAL. Cachessia cancerosa e come combatterla.

Morgagni, 10 mar. — G. BIANCHI. Neoplasmi della ghiand. carotidea.

Deut. Med. Woch., 15 mar. — MARTIUS. Trattamento dell'aborto. — BOECKER. I limiti d'azione del pratico in ostetricia.

Mediz. Welt, 16 mar. — A. DUHRSEN. Trattam. dell'aborto e possibili conseguenze legali. — K. ABEL. Le emorragie ginecologiche.

Journ. d. Prat., 13 mar. — ACHARD. Sifiloma dell'amigdala.

Arch. Mal. du Coeur ecc., mar. — A. NANTA. Micosi spleniche. — E. GÉRAUDEL. Polso lento parossistico.

Tohoku Journ. exper. Med., 15 feb. — S. KATSURA e K. KOZUKA. Sulla secrez. interna del pancreas. — E. HAYASAKA. Il metabolismo basale nell'ipertensione.

Tunisie Méd., gen. — F. MASSELOT e BOZON. Le false febbri tifoidi: stafilococciemia.

Arch. Argent. Enferm. Ap. Digest. ecc., 3. — M. CASTEX e M. SCHTENGART. Indossiluria e indossilemia. — D. LAMAS. Ulcera tumorale dello stomaco.

Münch. Med. Woch., 15 mar. — SCHOTTMÜLLER. Le infiammazioni articolari acute.

Mediz. Klinik, 15 mar. — H. CURSCHMANN. L'infezione di Bang nell'uomo. — F. LASCH. L'agranulocitosi.

Riv. Terapia Moderna e Med. Prat., Milano, marzo 1929. — Per l'Idrologia italiana: Basi scient. Idrologia, Geologia - Fisica e Chim. - Batter. e Igiene - Farm. e Scienze biolog. — I concorsi della « Rivista di Ter. Moderna e Med. Prat. » e loro esito. — Iconografia Med. Italiana. — Medici poeti in Italia. — Notiziario.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVI — Roma, 15 Aprile 1929 — Num. 15

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Tumore nel legamento gastrocolico.

STUDIO CLINICO DEL PROF. VITTORIO ASCOLI.

Voglio fare brevi considerazioni sulla diagnosi e sulla cura dei tumori localizzati del legamento gastrocolico, a proposito d'un caso, da me diagnosticato e felicemente operato dal prof. Alessandri.

Si tratta d'una donna (C. E.) d'anni 50, nel cui gentilizio non possono ricordarsi fatti degni di menzione, e la cui esistenza s'è svolta fino a 47 anni d'età in maniera normale.

Nel periodo degli ultimi tre anni è andata incontro, nell'inverno, a tosse con espettorato e lieve dimagrimento, senza però avere mai avuto nè febbre, nè sudori notturni, nè escreato emorragico, nè disturbi d'alcun altro genere. Nella stagione calda guadagnava in forza e in peso.

Solo nella primavera del '26 il miglioramento non si è pronunziato, che anzi il periodo della tosse e del catarro invernale è trapassato in uno stato di maggiore indebolimento delle forze, dimagrimento e pallore. Nel maggio, la donna avvertì dolore all'ipocondrio sinistro, e avvertì che si accentuava quando stava in piedi o compieva lavori o sforzi, che diminuiva nel riposo e specialmente nel decubito supino. Questa dolenzia non risentiva l'influenza della ingestione o digestione degli alimenti, non aveva ripercussioni, non s'accompagnava a febbre nè a vomito o diarrea. La paziente aveva buon appetito, mangiava e digeriva bene.

Il dolore crebbe con gli stessi caratteri fino all'estate, localizzandosi però sempre di più verso la regione mediana e soprattutto in prossimità dell'ombelico. Nell'estate il dolore si presentava anche, nel riposo, più spesso nel pieno della notte ed era accompagnato, a lunghi intervalli, da vomito alimentare. Il vomito fu raro: tra l'autunno e l'inverno è comparso 5-6 volte, per lo più di notte, sempre alimentare.

Al principio del 1927, il dolore fattosi sempre più forte, ha richiamato l'attenzione dell'inferma sulla regione ombelicale, e la portò a riconoscere una tumefazione dura in questa sede. Si fece dolorosa allora la deambulazione, per modo che la donna divenne incapace di ogni lavoro. Pur mantenendosi buono l'appetito e la digestione, si accentuarono il decadimento delle forze, la perdita di peso e il pallore della pelle e delle mucose. Dall'inizio delle sofferenze, cioè dall'estate '26 all'inverno '27, l'ammalata dice di avere perduto 8-10 chili di peso.

Per quest'insieme di sofferenze, soprattutto per la debolezza generale e il dolore, fattisi più intensi negli ultimi mesi, la inferma ha ricorso alla Clinica l'11 marzo '27.

La paziente è di costituzione scheletrica normale. Colorito pallido della pelle e delle mucose: muscolatura ridotta e flaccida.

Ci si può limitare a dire sommariamente che gli organi toracici si mostrano normali per stato fisico e funzione. Gli organi ipocondriaci, milza e fegato, si trovano nei confini abituali.

L'esame ginecologico non permettte di riconoscere alterazione di sorta negli organi genitali nè nel cavo peritoneale.

Non si rinvengono ingrossamenti delle glandole linfatiche in alcuna stazione.

Le funzioni del sistema nervoso risultano normali.

Il nostro esame si è rivolto anzitutto alla tumefazione sottombelicale che l'inferma stessa aveva rilevato. Un'intumescenza infatti sporgeva all'ispezione sulla superficie dell'addome avvallato e facilmente compressibile: si presentava nel mezzo dell'addome immediatamente sotto la cicatrice ombelicale e a due dita sopra il pube per la lunghezza di 10 centimetri, press'a poco orizzontale, e con limiti netti. Dei margini laterali il destro era rotondeggiante e ben delimitabile, mentre il sinistro quasi si sperdeva verso la fossa iliaca di sinistra, così che il diametro trasversale poteva indicarsi soltanto in maniera approssimativa di circa 12-13 centimetri. La consistenza della tumefazione era duro-fibrosa, la superficie liscia.

Questo corpo duro, della grossezza complessiva di un mandarino, non si spostava con i movimenti respiratori, si poteva affondare nell'addome; si lasciava rialzare pochissimo in alto, e niente affatto abbassare; invece era bene spostabile per qualche centimetro lateralmente, più a sinistra che a destra. In queste manovre, e soprattutto nei tentativi di portare il tumore in basso, si risvegliava dolore.

Sulla tumefazione si aveva suono ottuso con la percussione leggiera, il quale diviene timpanico ridotto ai margini.

La pelle si sollevava in pliche sulla tumefazione, e la parete stessa dell'addome si riusciva a staccare dal corpo duro sottostante.

Passando a definire i rapporti di detta tumefazione con gli organi intraaddominali, facilmente si escludeva con la palpazione diretta qualsiasi connessione con il fegato, con la milza e con gli organi genitali, mentre occorreva ricorrere ad artifici e a metodi congrui per verificare la posizione di essa rispetto ai vari segmenti del tubo digestivo.

Questi esami potevano inoltre valere evidentemente per stabilire donde potesse avere avuto punto di partenza.

Facendo prendere all'inferma le polveri di Frerichs si vede lo stomaco gonfiarsi nettamente al di sopra della tumefazione descritta, però più nella parte destra che nella sinistra. Introducendo gas per il retto, si vede gonfiare anzitutto la parte bassa e sinistra del ventre e in breve tempo il gonfiore passa alla regione mediana e poi a destra, circondando il tumore nella sua parte inferiore e laterale destra. Mentre si gonfia la regione del tumore, si deprime nettamente la zona mediana soprastante al pube. Quando è stato introdotto gas nello stomaco, ma specialmente dopo l'insufflazione dal retto, la risonanza sulla tumefazione ha acquistato con la percussione di mediocre intensità risonanza timpanitica.

L'esame radioscopico dello stomaco, praticato mediante ingestione di sospensione acquosa di bario mostra:

Stomaco a sifone, sinistroposto, con il margine inferiore della grande curvatura tre dita circa al disotto delle creste iliache. Tutto lo stomaco appare fissato, specialmente nella parte corrispondente alla grande curvatura e nel tratto antrale. Tutta la regione dell'antro pilorico appare deformata e rigida, non dilatabile, non spostabile; sotto lo schermo anche dopo l'espressione manuale del bario, si notano residui che danno l'impressione di una irregolarità della parete. Il passaggio poi del bario in questo tratto avviene in modo rapido, senza però che sia visibile l'onda peristaltica continua dalla grande curvatura al piloro.

Il duodeno e l'angolo duodeno-digiunale in tutto il decorso appaiono perfettamente normali come forma e grandezza, solo appaiono ptosici essendo il bulbo duodenale a livello del corpo vertebrale della V lombare (stazione eretta).

Il vuotamento gastrico è scarso e permangono residui nel tratto antrale, deformato, che persistono oltre dieci ore dopo l'ingestione del bario.

L'esame del colon, praticato col clisma opaco, mostra il bario che sale regolarmente nel discendente e nella porzione sinistra del trasverso, si sofferma e dilata il trasverso stesso nel punto ove questo incrocia, passandole posteriormente ed in basso, la tumefazione palpabile sulla linea mediana. Il bario poi passa, dopo questo lieve rallentamento, a riempiere normalmente l'angolo destro, l'ascendente ed il cieco.

Tutto il tratto mediano del trasverso mostra un riempimento soffuso e non appare dissociabile dal tumore che s'interpone fra la mano ed il colon stesso.

Dei radiogrammi eseguiti riporto alcuni che sono, a mio parere, i più dimostrativi:

I (radiogramma eseguito in posizione eretta). Si nota lo stomaco ptosico, con l'impronta del tumore visibile sulla porzione antrale della grande curvatura. Tutta la regione dell'antro appare allungata, deformata ed il riempimento del bario appare irregolare. Notevole è il fatto che tutta l'ansa duodenale nelle sue tre porzioni e l'angolo di Treiz appaiono perfettamente visibili e normali, venendosi a dimostrare che la tumefazione è anteriore e non comprime affatto il duodeno, il quale passa in un piano posteriore rispetto anche allo stomaco;

II (radiogramma eseguito in posizione supina non appena riempito il colon col clisma opaco). Lo stomaco appare ancora ripieno; permane la deformazione dell'antro e sulla grande curvatura si notano delle sfrangiature quasi come esistessero aderenze che stirano verso il basso.

A carico del colon si nota un riempimento normale di tutte le sue porzioni tranne il tratto mediano del trasverso che appare saltato per una estensione di circa 10 cm.

Evacuato in parte il clisma (III radiogramma) dopo circa 4 ore si notano alcuni livelli idroaerei sull'angolo destro del colon. Il trasverso appare riempito in modo irregolare, soffuso, specialmente nel tratto che al mattino appariva saltato. Permangono residui gastrici che mantengono ancora la forma della grande curvatura, quasi come si notava a stomaco pieno.

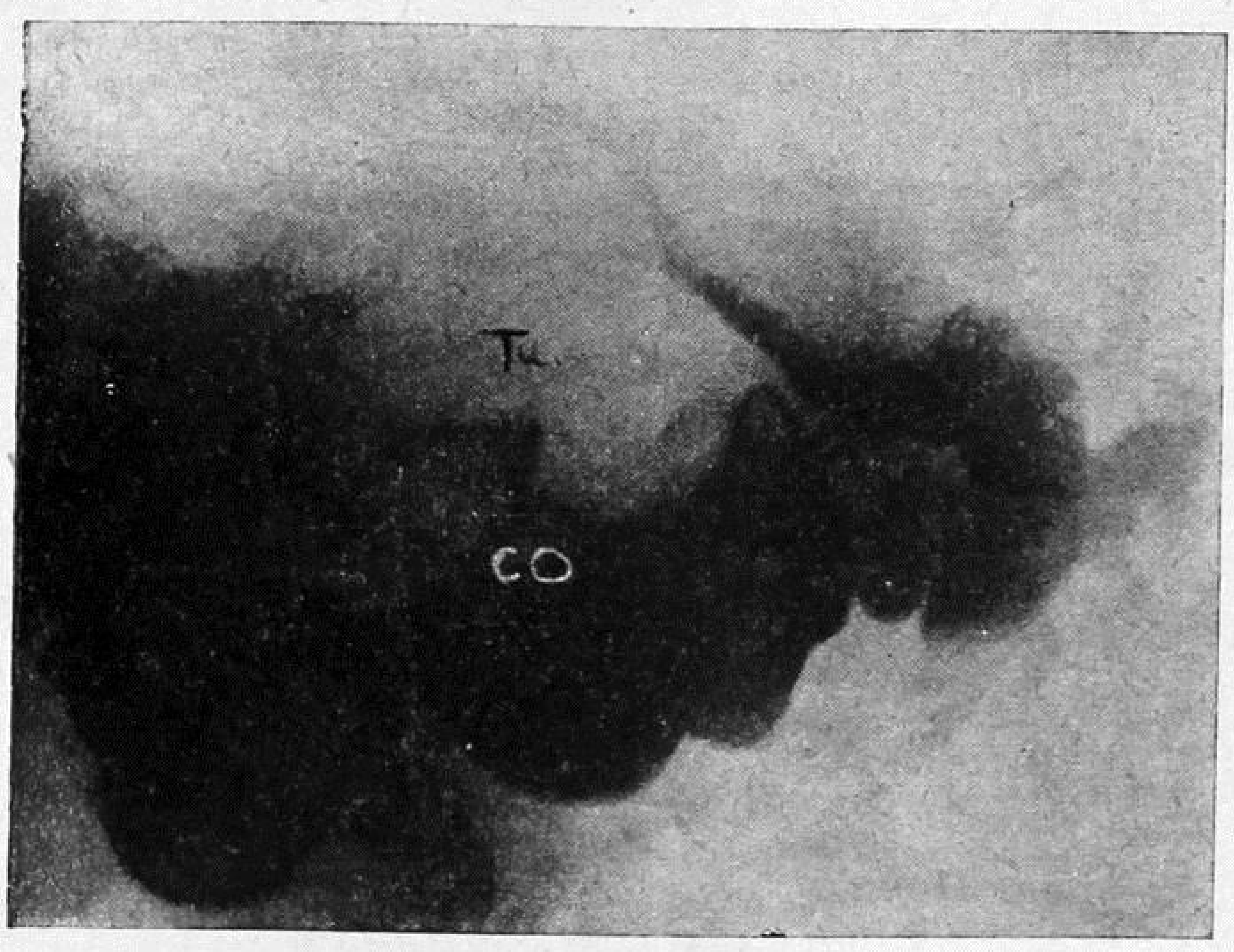
Prima di passare alla valutazione dei rilievi obbiettivi è necessario riferire i risultati di alcune analisi.



1° Radiogramma.



2° Radiogramma.



3° Radiogramma.

L'esame morfologico del sangue indica una anemia secondaria abbastanza intensa: 2 milioni di emazie; 40 % di emoglobina; 0,86 valore globulare; 10,000 leucociti con prevalenza dei neutrofili; scarsa eosinofilia.

La reazione di Wassermann è riescita negativa. Per il sospetto di una cisti di echinococco si sono praticate la reazione Ghedini-Weinberg, l'intradermo- e sottocutaneo-reazione: sono riuscite tutte negative.

Cutireazione con la tubercolina negativa.

Ripetuti esami di escreato negativi per la ricerca di bacilli acido-resistenti.

L'esame ripetuto del succo gastrico con l'estrazione frazionata ha dimostrato secrezione cloridrica normale e assenza di acido lattico: però sempre un certo numero di globuli rossi.

Le feci, per lo più ben conformate, si sono presentate talvolta circondate da un po' di sangue vivo, che si poteva considerare emorroidario per la presenza di varici. Messa l'inferma a dieta lattea per più giorni, le feci, benchè di aspetto grigio-chiaro, davano spiccate le reazioni del sangue.

Urine normali.

La diagnosi di sede e di natura di questa tumefazione non si presenta facile. Mentre il fatto che la parete addominale si può staccare dal sottostante corpo duro, esclude che i tessuti di essa vi diano origine, la superficialità e la depressibilità rendono poco probabile che sia retroperitoneale. Nello stesso senso depone la normale disposizione del duodeno, la quale non si manterrebbe qualora un tumore qualunque (del pancreas specialmente) si sviluppasse fino al davanti dell'addome.

La separazione per 3-4 dita trasverse dal pube, come anche la sua disposizione di corpo ovoide posto ad angolo retto della linea mediana e la normalità della funzione vescicale non lasciano pensare ad una neoformazione a carico dell'uraco.

Il tumore non ha probabilità di appartenere allo stomaco, perchè non dimostra *lacune* alla esplorazione con i raggi X, perchè la secrezione cloridrica è normale, perchè scarsi sono stati sempre i disturbi digestivi (buon appetito, normale digestione, non dolori in rapporto ad essa, raro vomito).

Un tumore del mesocolon darebbe dolore intenso, disturbi funzionali salienti e, spingendo avanti la propria ansa colica, darebbe suono timpanitico all'esame diretto; e il gonfiamento sposterebbe il tumore, provocando nello stesso tempo risonanza fortemente timpanitica.

Se un così grosso tumore appartenesse al colon, e propriamente al colon trasverso, dovrebbe ormai col suo volume provocare disturbi di canalizzazione e soprattutto sintomi di stasi; sarebbero precedute molte irregolarità nelle defecazioni (diarrea e stipsi).

Resta a pensare ad un tumore dell'omento. Come ordinari sintomi di questi tumori si danno da Péan in poi la superficialità, la spostabilità, la mancanza di sintomi propri di un qualsiasi organo addominale, e ad essi si aggiunge la frequente comparsa di ascite. Nel caso attuale, se il carattere della superficialità sta in favore della sede omentale, sta contro la mancanza di ascite. La mobilità del tumore è molto limitata. I disturbi delle funzioni intestinali sono sempre stati assai scarsi, ma tuttavia, almeno nel periodo della nostra osservazione, sono evidenti le emorragie occulte, le quali depongono per una lesione ulcerativa del tubo digerente. Ma io credo che un grande peso in favore della sede omentale di un tumore deve darsi soprattutto al comportamento del dolore, il quale si modifica fortemente a seconda la posizione del soggetto e in special modo si attenua o scompare col riposo e cresce col lavoro e con gli sforzi; mentre risente poco o punto l'influenza delle funzioni digestive. Tali caratteri del dolore sono nettamente definiti nella storia della nostra inferma.

Adunque per la superficialità, per la scarsa sintomatologia a carico delle funzioni digerenti e per il comportamento del dolore, la tumefazione poteva mettersi a carico dell'omento. Perchè allora non era mobile, perchè non aveva dato ascite? Come poi un tumore dell'omento dava sangue nelle feci?

La spiegazione può essere nel fatto che la tumefazione localizzata nell'omento non originasse in situ, ma vi fosse trapiantata da organi viciniori.

L'insufflazione dello stomaco mostrava che quest'organo stava immediatamente sopra la tumefazione, e il gonfiamento del colon anche più nettamente lasciava determinare l'indissolubilità della tumefazione dal colon sottostante.

L'esame radiologico precisava la qualità della connessione della tumefazione con i detti due organi: poichè il tumore con le sue aderenze stirava e deformava la parte pilorica dello stomaco; risultava connesso con il colon trasverso in basso così che ne modificava l'ampiezza e ne alterava la funzione. Il tumore era come appeso tra questi due organi cavi.

Tra lo stomaco e il colon è la parte della borsa omentale che costituisce il legamento gastro-colico, adeso tra la porzione pilorica della grande curvatura e il mesocolon. Tale borsa ha il diametro verticale che varia nei singoli soggetti, da 1 a 6 centimetri; è chiusa a destra poco oltre la linea mediana, mentre si protende verso sinistra per continuarsi quasi col legamento gastro-splenico. Nella loggia del così detto grande omento o legamento gastro-colico era situato il tumore, come anche risulta dall'ombreggiatu-

ra scura della radiografia, sita tra lo stomaco in alto e gli angoli sinistro e destro del colon in basso e ai lati, mentre nella parte bassa e centrale il colon appare in alcune radiografie saltato, in altre come soffuso e con margini irregolari.

Se questa è la sede della tumefazione, noi ci rendiamo ben conto del perchè essa sia meno mobile di una superficiale tumefazione dell'omento, del perchè seguendo la disposizione del legamento gastrocolico è espansa verso sinistra e con contorni indeterminati, mentre a destra ha bordi netti: del perchè, terminando nel colon, sia ben limitata inferiormente e immobile verso il basso.

Abbiamo accennato poc'anzi che esistono rare produzioni patologiche primitive dell'omento: spesso esse si devono a trapianti. Ora pertanto il problema della sede del tumore si compenetra con il problema della sua natura.

Dell'omento, come neoproduzioni primitive, si incontrano cisti di varia natura, fibromi, miomi, sarcomi. Nel caso nostro, la forma non regolare, la durezza e la poco eguaglianza della superficie nonchè il decorso escludono una cisti omentale, del resto poco probabile anche per la sua unicità.

La poca regolarità della forma, la mancanza di ascite e specialmente l'età dell'inferma, nonchè la relativa rarità della malattia non ci fanno propensi ad ammettere un sarcoma, contro il quale non starebbero nè il vomito, nè la presenza di sangue nelle feci.

Di processi flogistici, il decorso lento progressivo e apirettico non consentono di ammettere la probabilità.

Il tumore secondario nel legamento gastrocolico deriverà da uno dei due organi con cui l'esame fisico ha stabilito ch'era in intima colleganza, adunque dallo stomaco o dal colon trasverso.

Un tumore dello stomaco non è supponibile. Se, infatti, la regione dell'antro è deformata, non presenta però lacune; ed inoltre con un tumore progredito dello stomaco poco s'accorda la secrezione cloridrica normale, anzi alta. La mancanza di acido lattico è conseguenza della buona secrezione gastrica e dell'efficace vuotamento dello stomaco. Un certo numero di globuli rossi trovato costantemente nel sondaggio gastrico può deporre per la fragilità dei vasi della mucosa lesa dalla sonda; non implica l'esistenza di ulcerazione.

Rimane da ammettere che il tumore abbia avuto origine dal colon trasverso e si sia diffuso al legamento. Lo esame radiologico porta argomenti in favore di questa ipotesi con il *salto* di porzione del colon e l'aspetto soffuso di esso a seconda della posizione in cui la radiografia è stata fatta: il sangue nelle feci è pure argomento favorevole. Non depone contro tale ipotesi la mancanza di disturbi notevoli delle funzioni intestinali, poichè i tumori del colon possono non alterare il passaggio dei materiali fecali se non determinano stenosi, mentre l'ulcerazione delle pareti intestinali non provoca in ogni caso aumento della peristalsi.

Ci siamo fermati in conclusione alla diagnosi di tumore del legamento gastrocolico diffuso da neoplasma del colon trasverso. E abbiamo supposto che si trattasse nella nostra malata di diffusione per contiguità e non di vera metastasi, perchè il nodo omentale era unico e limitato, perchè mancavano segni di peritonite, perchè gli esami rettale e vaginale escludevano qualsiasi neoformazione nel piccolo bacino. Indizi di metastasi non si rinvenivano nemmeno nel fegato.

Giunto nel legamento gastrocolico il tumore avrà probabilmente colpito il gruppo di glandole linfatiche peripiloriche che in esso hanno sede, e che hanno parte probabilmente nella grossa massa neoplastica. Il tumore pertanto deriverebbe dalla diffusione del tumore colico al peritoneo e

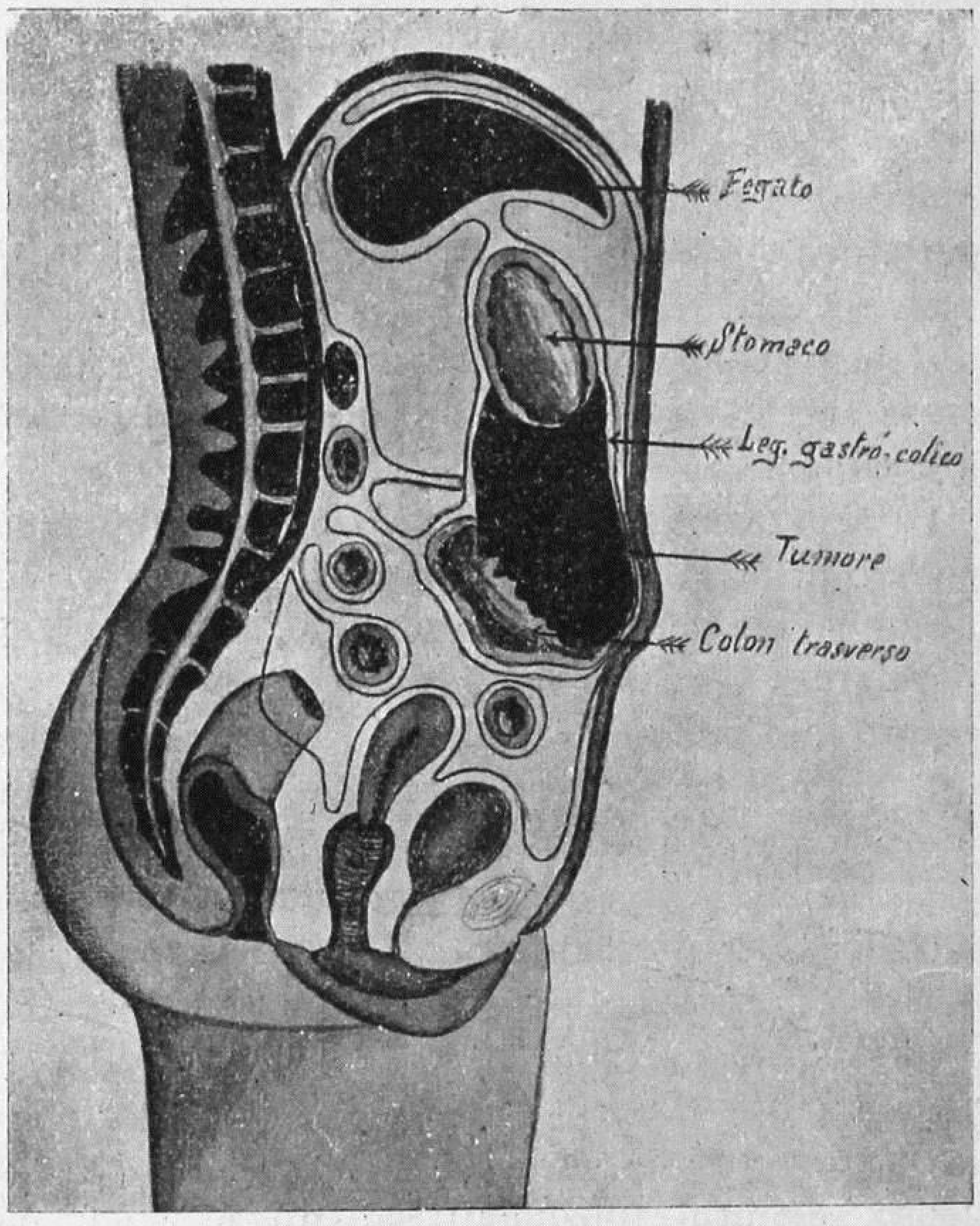


Fig. 4.

alla successiva propagazione alla parete del legamento gastrocolico e al contenuto di questo.

La mancanza di noduli accessibili alla palpazione addominale o all'esplorazione rettale, la mancanza di alterazioni del fegato, lasciano supporre che il tumore non abbia dato metastasi, e che invece si sia, come abbiamo or ora ammesso, propagato per diffusione diretta.

Schematicamente si può immaginare il tumore disposto come nella figura 4.

Tale favorevole disposizione anatomica creata dal rapporto che il tumore ha contratto con un sacco relativamente chiuso, lasciava una qualche speranza che un intervento chirurgico potesse asportare con successo la tumefazione e gli organi con cui era in rapporto.

La malata e la famiglia si opposero all'operazione chirurgica, e l'inferma uscì il 30 marzo '27, dopo 19 giorni di degenza in Clinica.

***

Tornata a casa sua, stette discretamente per una ventina di giorni: i dolori hanno mantenuto i caratteri descritti cioè in rapporto con i movimenti e gli sforzi e non in rapporto con le funzioni digestive: queste non erano gran che alterate. I dolori si sono accentuati e divenuti più continui in seguito, così da costringerla a ricorrere di nuovo alla Clinica il 3 maggio.

Anche il pallore e la debolezza erano cresciuti: l'anemia era più forte.

Il fatto più saliente constatato in Clinica è costituito dal forte rigonfiamento della parte centrale della tumefazione e dalla aderenza che essa aveva preso con la parete addominale. Si constatarono anche lievi e irregolari aumenti di temperatura con massimi di 37,4-37,8.

L'inferma si era convertita all'opportunità di un intervento operativo, e dopo pochi giorni venne trasferita alla Clinica chirurgica.

Le condizioni generali della inferma, la sede e vastità del tumore e i rapporti ch'esso aveva contratto con lo stomaco, con la parete e con il colon, rendevano pericoloso per sè l'atto operativo, la prognosi a distanza diveniva, per la natura evidentemente neoplastica e per la molteplice diffusione del tumore, addirittura infausta. Tuttavia d'accordo con il prof. Alessandri convenimmo che un tentativo si era autorizzati a farlo dato il peggioramento progressivo e specialmente dopo le complicazioni recenti (probabile suppurazione data la reazione locale e la febbre).

Il prof. Alessandri, con ardimento e con buona valutazione delle condizioni anatomiche suddescritte, il 14 maggio ha praticato la seguente operazione.

Rachianestesia II-III lombare (tutocaina 4 ctgr., adrenalina 1/4 mmgr.).

Incisione transrettale destra, taglio trasversale sopra- e sottoombelicale, taglio longitudinale transrettale sinistro delimitando così in un quadrato la tumefazione. Interruzione del colon trasverso a valle e a monte della tumefazione, interruzione dei residui del grande omento e del mesocolon, resezione della grande curvatura dello stomaco. Sutura capo a capo del colon trasverso, sutura in senso trasversale della parete gastrica. Ricostituzione della parete con grossi punti a U in seta. Sutura a punti staccati in catgut della aponeurosi, cute in seta e grappette.

Decorso postoperatorio apirettico nei primi dieci giorni. Il 10° giorno, in corrispondenza del punto medio della ferita, arrossamento e tumefazione Dopo sbrigliamento escono feci liquide e gas. Nei giorni seguenti si elimina l'aponeurosi necrosatasi. La fistola colica è andata riducendosi e dal 6 giugno si è chiusa. La ferita è ben granulante. Il 13 giugno la malata si alza. Le condizioni generali sono migliorate notevolmente. La ferita è in via di cicatrizzazione.

Il dado asportato comprende un segmento del colon trasverso esteso per circa 18 centimetri, nella parete superiore del quale era localizzato un tumore ulcerato esteso quanto il palmo della mano.

Il tumore amplia la cavità del colon e la rende rigida per la estesa infiltrazione della parete superiore; l'infiltrazione fa parte del corpo duro fibroso, al quale in alto sono aderenti i brani della regione pilorica dello stomaco.

L'esame dei preparati istologici del colon e dello stomaco dimostra quanto segue.

Nella parete del colon ove ha sede il tumore si notano alterazioni di tutte le tonache in rapporto con l'infiltrazione cancerosa estesa soprattutto nella muscolare e nella sottosierosa. Sul fondo dell'ulcera rimangono pochi residui glandolari, mentre il suo carattere canceroso vien dimostrato da formazioni tubulari di varia grandezza e irregolarmente distribuite in uno stroma ricco di connettivo e largamente infiltrato.

L'ulcerazione con tutta probabilità raggiungeva la sottomucosa in molti tratti in quanto che le formazioni cancerose si approfondano in un tessuto ricco di ampi vasi, che, per quanto infiltrato, è rassomigliantissimo alla sottomucosa.

La muscolatura propria, sia circolare che longitudinale, è dissociata negli strati superficiali da un infiltrato leucocitario, negli strati profondi da formazioni cancerose, in massima parte tubulari, in ammassi di varia grandezza e contenute in alveoli, formatisi tra i fasci di muscolatura.

Gli elementi epiteliali cilindrici che costituiscono i tubuli presentano il nucleo rotondo alla base della cellula, poggiano su una membrana mista, e sono circondati da connettivo fibroso ricco di elementi cellulari.

Gli elementi cilindrici hanno raggiunto un'apparente maturità morfologica e forse anche funzionale per il prodotto di secrezione all'aspetto mucoso contenuto nel loro lume.

Le formazioni glandolari talvolta sono cistiche, talora presentano nel lume elementi del sangue — globuli rossi, globuli bianchi —; talora cellule a sigillo, da rigonfiamento per esagerata secrezione, ma solo eccezionalmente presentano alterazioni nucleari.

Le isole di formazione adeno-carcinomatose sono talvolta molto estese, circondate da connettivo da cui emanano propaggini per costituire lo stroma delle formazioni stesse.

La diagnosi anatomo-patologica è pertanto di adenocarcinoma mucoso.

L'esame dei pezzi della sottomucosa e mucosa gastrica dimostra i tubi glandolari regolarmente

distribuiti e l'epitelio di rivestimento normale. Sono nettamente distinte nei tubuli le cellule ossifile dalle cellule peptiche.

Nel derma della mucosa è evidente un'infiltrazione che si diffonde alla *muscolaris mucosae*.

Normale la sottomucosa.

Se le condizioni post-operatorie della nostra inferma sono state buone, ed ella è stata liberata dalle conseguenze d'un processo suppurativo già iniziato e dai dolori divenuti più forti ed insistenti, non possiamo nutrire molta fiducia nella guarigione definitiva e radicale.

L'interesse del caso felicemente diagnosticato sta nell'importanza delle disposizioni anatomiche del legamento gastrocolico, le quali hanno determinato la formazione d'un tumore con disturbi funzionali e caratteri obbiettivi così bene distinti da potere abbastanza facilmente essere diagnosticato. Il vantaggio d'una diagnosi sicura si congiunge alla limitazione che l'inglobamento, diciamo così, del tumore nel legamento gastrocolico, porta ai trapianti liberi nell'omento e nel peritoneo e alle metastasi, così che ad una diagnosi più precoce e ad un intervento ad essa immediato può essere confidato anche la speranza di guarigione.

L'opportunità di pubblicare questa storia clinica consiste inoltre nel fissare sempre più l'attenzione sui tumori del colon che in clinica sono frequenti e che pure non destano abbastanza l'attenzione dei pratici.

NOTE E CONTRIBUTI.

Istituto di Patologia Speciale Medica Dimostrativa
della R. UNIVERSITÀ DI PADOVA
diretto dal prof. G. A. PARI.

Sull'ascesso da fissazione.

Dott. VITTORIO PENNATI.

Abbastanza recentemente è tornata in discussione, specie nella stampa medica francese, l'utilità, il modo di azione ed il meccanismo di formazione del cosidetto ascesso da fissazione. Già in passato erano state emesse varie teorie per spiegare il modo di azione di questo metodo escogitato fin dal 1890 dal Fochier. Il nome stesso di ascesso da fissazione è stato coniato perchè si pensò che i batteri causa della malattia venissero attirati ed uccisi nell'ascesso; poi si attribuì alla trementina, usata solitamente per la provocazione dell'ascesso, una azione leucogena, dimostrata dalla conseguente leucocitosi e da un esaltamento della funzione microfagica dei leucociti. Si credette anche ad una azione diretta sui batteri per assorbimento di piccole quantità di trementina. Nell'ossidoterapia si è anche voluto vedere la ragione della benefica azione dell'ascesso da fissazione; con la leucocitosi l'organismo si arricchirebbe di ossidasi che liberandosi nella raccolta purulenta vanno a fissarsi sui microrganismi e sulle tossine diminuendone la virulenza. Si è voluto vedere una azione delle tossine richiamate e deviate nell'ascesso e non sui batteri. E da ultimo è stata prospettata l'idea che l'ascesso da fissazione agisca come stimolo-terapia con la messa in moto dei poteri tutti di difesa che l'organismo possiede per la lotta contro le infezioni.

In una seduta dell'Accademia delle Scienze di Parigi, del novembre 1926, Augusto Lumière e Madame Montoloy, comunicavano i risultati di alcune loro ricerche, con i quali credevano d'aver trovata la ragione per la quale in certi stati patologici gravi non era possibile con i comuni mezzi provocare un ascesso da fissazione. Precedentemente il Lumière aveva formulato una teoria colloidale sulla intima ragione di malattia; aveva cioè pensato che le malattie fossero dovute ad un disquilibrio della vita organo-vegetativa; disquilibrio alla sua volta causato dalla formazione di flocculati per azione dei prodotti di escrezione dei microrganismi sui colloidi del plasma. In base a questa teoria pensava che la mancata formazione di ascessi da fissazione in alcuni stati molto gravi fosse dovuta ad una perdita da parte dei leucociti del loro abituale tropismo, perchè, già occupati e già esauriti nella loro potenza per l'inglobamento e la digestione di questi flocculati. Gli AA. in parola in tal modo indirettamente portavano un contributo al meccanismo di formazione e di azione dell'ascesso da fissazione.

Per dare una prova sperimentale alla loro ipotesi istituirono una serie di esperienze che io succintamente espongo.

Ad una serie di cavie e poi anche di conigli, due ore prima di iniettare sottocute cmc. 0,50 di essenza di trementina per la provocazione dell'ascesso, praticavano una iniezione intracardiaca di cmc. 0,50 di una sospensione di inchiostro di China al 0,25 per 100. Ad altri animali, tenuti come controlli, iniettavano solamente la trementina. I risultati furono la mancata formazione degli ascessi negli animali iniettati con inchiostro di China, mentre nei controlli l'ascesso si formava ed evolveva come di norma.

Io ho desiderato controllare, con la ripetizione degli esperimenti, i risultati di questi AA. francesi, mosso da ragioni che esporrò poi a convalidazione dei miei risultati. La tecnica fu uguale, se si eccettuano che due volte

l'iniezione di inchiostro di China venne praticata nelle giugulari invece che nel cuore. Usai inchiostro di China marca Prior, che a Sacchetto e Oselladore, in un loro studio, fra gli inchiostri di China delle varie marche era apparso quello che dava sospensioni molto stabili, resistendo alla precipitazione di fronte a siero di sangue e a soluz. di gelatina. Tralasciando per brevità la descrizione particolareggiata dei varii esperimenti, dirò soltanto che iniziai e condussi a termine le esperienze su nove cavie, tre di queste iniettate con la sola essenza di trementina, e che servirono da controlli, le altre sei trattate dapprima con sospensione al 0,25 % di inchiostro di China, e due ore dopo con cmc. 0,50 di essenza di trementina. Quest'ultima si iniettava sotto la cute dell'addome. In tutte le cavie, sia in quelle di controllo, come in quelle trattate con inchiostro di China, l'ascesso si formò, rendendosi evidente già dopo circa 48 ore; in quattro cavie (due delle quali erano fra quelle di controllo) l'ascesso si è aperto spontaneamente, nelle altre mantenendosi stazionario, come volume, come consistenza, venne aperto dopo parecchi giorni.

Dalle mie esperienze quindi la formazione e lo svolgersi dell'ascesso da fissazione non risulta particolarmente modificato da una precedente iniezione endocardiaca di inchiostro di China. Per la costanza dei risultati non ho creduto opportuno istituire nuove serie di esperienze.

Le conoscenze attuali sulla fagocitosi e sulla funzione granulopessica mi facevano dubitoso dell'interpretazione data da Lumière e Montoloy ai loro risultati e per ciò fui spinto a questo breve lavoro.

Con la vecchia distinzione di Metschnikoff dei fagociti in microfagi e macrofagi e con la funzione che a ciascuno di questi due tipi è propria, inverosimile appare come materiali inerti sospesi nel sangue possano essere fissati dai leucociti. Oggi la funzione granulopessica è attribuita al sistema reticolo-endoteliale, anzi di esso è la funzione meglio conosciuta e studiata; ma nelle varie classificazioni fatte del sistema reticolo-endoteliale (Aschoff-Ferrata) i granulociti neutrofili non appaiono elencati.

Solo recentemente con il continuo allargarsi dei confini anatomici e fisiologici del sistema si è attribuito anche ai leucociti, in particolari stati patologici, il potere di inglobare sostanze coloranti iniettate *intra vitam* e Di Guglielmo ha illustrato, in svariate forme morbose, manifesti fenomeni di eritrofagocitosi dei granulociti neutrofili maturi, dimostrando come i microfagi possano talvolta esplicare una funzione che era attribuita ai soli macrofagi.

Non mi consta che alcuno abbia visto che, in condizioni normali, granuli di materie inerti, come l'inchiostro di China, iniettati in circolo vadano a fissarsi ai leucociti circolanti. A prova di ciò dirò che nella nostra scuola, Sacchetto e Oselladore, in uno studio sulla derivazione degli elementi istioidi del sangue circolante, dovendo eseguire giornalmente esami di sangue di animali iniettati con inchiostro di China (da poche ore a parecchi giorni) mai videro granuli nei leucociti; ne erano impregnati invece gli elementi stellati di Kupfer, gli endoteli dei seni splenici, gli endoteli dei capillari midollari, le linfoglandule dell'ilo epatico.

Infirmata la spiegazione data da Lumière e Montoloy alla mancata formazione degli ascessi da fissazione in alcuni stati gravi, viene a mancare il contributo che le loro ricerche potevano apportare alla conoscenza del meccanismo di formazione e di azione di tale metodo.

Fra tutte le teorie emesse, la più verosimile e la più attraente a me pare sia quella che attribuisce all'ascesso da fissazione la capacità di stimolare tutte le attività immunitarie, di difesa, dell'organismo, mediante la produzione di particolari sostanze da alcuni autori già denominate (ormoni da disintegrazione di Haberlandt, prodotti di scissione attivanti di Weichardt). Ulteriori studi fatti preferibilmente su individui ammalati e non sui comuni animali di laboratorio dei quali si conosce la particolare refrattarietà alla suppurazione, potranno spiegarci sempre più chiaramente il meccanismo d'azione dell'ascesso da fissazione e degli altri metodi terapeutici ad esso affini (suppurazioni locali spontanee, trapianti di midollo osseo).

Conclusioni.

Dalle mie esperienze e dalle osservazioni sovraesposte posso quindi concludere, che la formazione dell'ascesso da fissazione nelle cavie non è impedita dalla precedente introduzione in circolo di una sospensione d'inchiostro di China, come volevano Lumière e Montoloy. D'altra parte l'ipotesi di questi AA. emessa a spiegazione dei loro risultati, cioè che i leucociti in tali casi abbiano perduto il loro abituale tropismo, perchè già occupati a inglobare i granuli di sostanza inerte iniettati, non concorda con le attuali conoscenze sulla funzione granulopessica.

BIBLIOGRAFIA.

FOCHIER. Lyon Médical, 23 agosto 1891.
A. LUMIERE e M.me MONTOLOY. Comptes Rendus de l'Académie des Sciences, 8 novembre 1926.
I. SACCHETTO e G. OSELLADORE. Giornale di Biologia e Medicina Sperimentale, vol. II, fasc. IX-X, novembre-dicembre 1925.
G. DI GUGLIELMO. Società di Biologia Sperimentale, vol. I, fasc. V, 1926.
ID. Bollettino della Soc. Italiana di Biologia Sperimentale, vol. II, fasc. VIII, 1927.
G. OSELLADORE e I. SACCHETTO. Giornale di Clinica Medica, anno VIII, fasc. XII.

Alcune osservazioni sulla "Angina monocitica,,.

Dott. ENRICO RICCA-BARBERIS.

Una recente comunicazione su di un caso di *angina monocitica* (1) mi induce a rendere di pubblica ragione alcune considerazioni suggeritemi dall'esame della letteratura e dalla mia casistica personale.

Essenzialmente io mi domando: il quadro nosologico di detta affezione è in realtà tale da giustificare la creazione di una particolare individualità morbosa?

È noto cosa si intende per « angina monocitica »: una infezione acuta, con angina, reazioni ghiandolari, febbre elevata, tumefazione della milza, leucopenia neutrofila, iperlinfocitosi, ipermonocitosi, durata di qualche settimana, esito di guarigione.

Si è addirittura parlato di « reazione leucemoide » nel sangue. Io vorrei subito escludere tale espressione, che mentre da una parte non è giustificata dal reperto ematologico, suonerebbe di affinità nosologiche assolutamente inesistenti. L'aumento dei linfociti, per quanto particolarmente accentuato (5000-10.000 per mmc.) e anche se accompagnato alla presenza di qualche macrolinfocito, non basta; chè reperti consimili, ed anche più accentuati, possiamo verificare in condizioni diverse con intensa reazione linfatica, specialmente nell'età infantile, all'infuori assolutamente di uno stato leucemico; e se in tal modo si dovesse abusare del termine di « reazione leucemoide » non vi sarebbe ragione di non chiamare « leucemoide » qualunque reperto di iperleucocitosi accentuata (come quelli da setticemie, da suppurazione, ecc.), con ipoevoluzione nucleare (formula di Arneth spostata a sinistra) e comparsa di mielociti in circolo. Anche qualitativamente il reperto linfocitario dell'angina monocitica si distingue da quello della leucemia, mancando quelle modificazioni qualitative, generalizzate, dei linfociti, che subito permettono ad un occhio esercitato di riconoscere un preparato di sangue linfemico. Infine è tutto quanto il quadro ematologico che si differenzia da quello della leucemia linfatica; poichè vi si trovano, oltre all'iperlinfocitosi, un'ipermonocitosi (talora caratteristicamente accentuata), una leucopenia neutrofila ed eosinofila, presenza di cellule irritative di Türk, e mancano sensibili alterazioni da parte degli elementi emoglobinici: un quadro dunque nettamente differenziato da quello della leucemia, nella quale, oltre alla tumultuosa invasione degli elementi della serie linfocitaria, in tutti gli stadi del loro sviluppo, vediamo alterazioni quantitative e qualitative dei globuli rossi, spesso con comparsa di eritroblasti in circolo, non troviamo la costante e regolare scomparsa degli eosinofili, non troviamo il caratteristico aumento dei monociti, non troviamo (o troviamo solo occasionalmente e in scarso numero) cellule di Türk, e quanto alla leucopenia neutrofila la riscontriamo non come reperto costante e caratteristico, ma solo come espressione eventuale di distruzione del tessuto leucopoietico per parte del tessuto linfatico proliferante.

(1) FONTANA. *Alcune considerazioni su di un caso di cosidetta « angina monocitica »*. Minerva Medica, n. 34, 1928.

Da quanto esposto viene ad apparire d'altra parte una stretta affinità del quadro ematologico delle angine monocitiche con quello delle infezioni acute leucopeniche, di cui è prototipo l'infezione tifosa. Non sta a differenziarnelo che una accentuazione delle reazioni d'aumento dei linfociti e dei monociti: reazioni però entrambe appartenenti caratteristicamente al quadro di dette infezioni.

Prima quindi di creare una nuova individualità nosologica, sarà opportuno ricercare se i casi studiati non possono essere ricondotti, in parte almeno, ad una di dette infezioni, e particolarmente all'infezione Eberthiana.

Una cosa intanto è certa e facilmente controllabile. A fianco di casi di infezioni Eberthiane con reperto clinico ed ematologico tipici, ve ne sono, ed io ne ho osservati, di quelli (batteriologicamente controllati) con reazioni monocitiche particolarmente intense, o con forti iperlinfocitosi. Alcuni di simili casi io osservai con concomitanti fatti anginosi e reazioni ghiandolari, eventualmente con scarsi fenomeni intestinali.

Nulla di più naturale, del resto, che una forma morbosa quale il tifo, di cui è caratteristico l'interessamento del sistema linfatico, possa in qualche caso presentare una particolare accentuazione di tale reazione, con partecipazione speciale del sistema linfatico del tubo digerente o di altri territori dell'organi-

smo. Nella letteratura stessa troviamo riconosciuto che il fatto anginoso nelle angine monocitiche può insorgere tardivamente, così da far pensare « che esso possa costituire una localizzazione secondaria dell'infezione, anzichè il focolaio d'origine ». (Fontana).

Anche dal punto di vista clinico, l'analogia per diversi dei casi descritti di angina monocitica con l'infezione tifosa è evidente. Il quadro sintomatico in genere, la curva termica, la tumefazione della milza, il decorso e la durata della malattia, l'esito di regola favorevole, richiamano nel loro complesso il quadro dell'infezione Eberthiana, se pure non nelle espressioni più tipiche e complete. Chè se poi viene a rilevarsi anche un'affinità biologica (agglutinazione positiva per il b. del tifo fino alla diluizione 1/250, nel caso di Fontana), allora sembra a me che il quadro di affinità raggiunga un'evidenza tale, che non basti ad infirmarlo il solo fatto che l'emocoltura possa aver dato esito negativo (negativo del resto anche per tutti gli altri germi), e mi sembra ancora che non si possa passare sopra senz'altro al risultato dell'agglutinazione per il fatto (indubbiamente degno di rilievo) che l'a. era stato vaccinato.

Effettivamente io ritengo che ad infezioni del gruppo Eberthiano sia da ascriversi almeno una parte dei casi descritti di angine monocitiche. Fino a quando poi qualcuno di detti casi ne resti differenziato, io credo ancora precisamente nei riguardi dell'infezione tifosa occorra sopratutto rivolgere l'attenzione per la diagnosi differenziale. Quanto alla leucemia linfatica, essa se ne differenzia nettamente per il quadro clinico e per il quadro ematologico. Le altre forme diverse d'angina (a parte la differenziazione batteriologica) dimostrano per le reazioni ematologiche di non avere con l'angina monocitica nulla di comune. Sono tutte infezioni cosidette « a polinucleosi », ossia con iperleucocitosi neutrofila. Quando, come reperto d'eccezione, presentano una leucopenia neutrofila, si tratta di una leucopenia che si inquadra in un reperto nettamente distinto da quello delle infezioni acute leucopeniche, tipo ileo-tifo. È una leucopenia senza concomitante iperlinfocitosi (tutt'al più con aumento relativo, non assoluto, dei linfociti), con costante anaeosinofilia, con ipomonocitosi, e di grave significato prognostico. È lo *choc* di una reazione di aumento. L'angina agranulocitica, con la diminuzione massima dei leucociti neutrofili e con l'esito generalmente letale, ne rappresenta l'espressione estrema.

Torino.

MEDICINA SOCIALE

Contributo alla statistica del cancro in Italia

pel dott. Domenico Grandi
Ufficiale Sanitario di Lecco (1).

L'importanza e l'attualità dell'argomento mi ha suggerito di studiare la mortalità per tumori maligni in Italia nella maniera più completa possibile, compatibilmente con le poche fonti d'informazione statistiche esistenti. Non mancano in proposito studi anche notevoli e magistrali (cito quelli del Niceforo, del Fichera, del Gherardi, del Lutrario): mi è parso non sieno stati considerati o poco approfonditi taluni punti non certamente privi d'importanza.

Ho esaminato il periodo che va dal 1888 al 1923 e preferito suddividerlo in quattro sessenni equidistanti, operando in modo che le cifre medie assolute fossero poste in relazione non con la popolazione calcolata ma colla popolazione dataci dai censimenti ricorsi pressapoco nel mezzo dei sessenni stessi. I periodi sono: il 1° dal 1888 al 1893; il 2° dal 1898 al 1903; il 3° dal 1908 al 1913; il 4° dal 1918 al 1923. Dalle investigazioni compiute ne ho tratto le seguenti risultanze:

Mortalità generale da tumori maligni: è notevolmente aumentata da un periodo ai successivi e non solo in via assoluta, ma ciò che più importa in via proporzionale per cui non è possibile negare l'incremento continuo in Italia di detta mortalità.

Rapporto all'età: figurano colpite tutte le età; per ben poco quelle giovanili e notasi una accentuazione costante coll'avanzarsi degli anni col massimo sui 75-80 anni, viene quindi la discesa.

Solo circa il 5 % della mortalità da tumori maligni spetta alle età fino a 35 anni. Nella serie dei periodi considerati le medie in aumento si riferiscono sopratutto ai gruppi fino ai 20 anni, sui 25-30, sui 75-80. Si sostiene da alcuni che riducendosi per i progressi dell'igiene sopratutto la mortalità infantile e giovanile, il contingente dell'età avanzata, la più predisposta ai tumori maligni, s'ingrossi automaticamente. Ma sono sempre i rapporti tra gruppo di morti e gruppo di viventi quelli che contano e l'aumento di essi nessuno mai ha messo in dubbio.

Sesso: il sesso femminile risulta sempre più colpito del maschile, per quanto il sesso maschile abbia subìto un incremento nella mortalità proporzionalmente superiore al femminile. La preponderanza del sesso femminile è essenzialmente dovuta ai tumori tipici della

(1) È un estratto di lavoro eseguito dall'A., nell'Istituto d'Igiene di Pisa e pubblicato con tabelle e illustrazioni grafiche in Lecco (Editrice Corti).

donna (localizzazione ai genitali e alle mammelle), non computando i quali verrebbe ad essere meno colpita dell'uomo. Anche per il sesso si conferma la tendenza all'aumento da un periodo ai successivi.

È solo nelle età giovanili fino ai 25 anni che si ha una maggiore mortalità maschile ed è proprio in questo periodo che l'incremento maschile è proporzionalmente più forte.

L'andamento della mortalità per t. m. secondo il sesso e l'età si discosta dall'andamento della mortalità generale per qualsiasi causa avendosi una mortalità generale femminile prevalente o non inferiore alla maschile solo fino ai 40 anni.

Distribuzione geografica: è stata esaminata nei riguardi delle regioni, delle provincie, dei capoluoghi di provincia e centri più importanti (con più di 30 mila abitanti).

La regione più colpita risulta la Toscana: seguono l'Emilia-Romagna, la Lombardia, la Liguria, il Piemonte. Le meno colpite sono la Sardegna e la Calabria.

Le regioni settentrionali in complesso risultano più funestate delle meridionali ed alla norma di uno spiccato aumento della media nei periodi successivi fanno eccezione cinque di queste meridionali con una diminuzione in corrispondenza del periodo ultimo 1918-1923.

Gl'incrementi più forti si notano nel Piemonte e Sardegna, i più deboli nell'Umbria e nelle Marche.

La provincia più colpita risulta Ravenna; seguono Firenze, Livorno, Siena, Forlì, Bologna. Sono quindi massimamente colpite le provincie Toscane ed Emiliano-Romagnole. Si verifica sempre che le provincie settentrionali siano più danneggiate delle meridionali.

L'aumento nella serie dei periodi considerati offre delle eccezioni: spesso il quoziente di due provincie confinanti sono affatto disformi ad es. Ravenna colpita più del doppio di Ferrara.

La provincia più risparmiata dal cancro è Foggia seguìta da Cagliari e Caltanissetta. Spesso la provincia maggiore della Regione ha quozienti inferiori a quelli delle provincie compagne.

Il capoluogo di provincia più colpito è la piccola Rovigo seguìta da Siena e Cremona. Il capoluogo meno colpito è Trapani seguìto da Foggia. Il capoluogo è generalmente più colpito della provincia intiera per cui, pur considerando che un certo numero di cancerosi della provincia vengono denunziati dall'Ospedale o da case di cura del capoluogo, ne emerge tuttavia la maggiore mortalità dei capoluoghi stessi. Il fatto si presenta pure in città universitarie dove è presumibile che i centri diagnostici siano più attivi: talora il quoziente risulta inferiore a quello non solo della rispettiva provincia e regione ma anche della Nazione: tipico, il caso della Sicilia dove la media cifra dei maggiori centri presi insieme è inferiore a quella regionale. All'aumento nella serie dei periodi successivi fanno costante eccezione Cremona, Piacenza, Catania e Messina.

Sede del tumore: i tumori dello stomaco rappresentano circa un terzo di tutti i t. m., quelli del fegato-intestino circa un quarto; i disseminati circa un quinto; quelli dei genitali femminili circa un decimo. Sono i più forti gruppi adunque, i tumori addominali, sia della sfera digerente che di quella genitale. Dal primo ai successivi periodi si ha un aumento in tutte le sedi, meno per i genitali femminili in diminuzione, ed i tumori della mammella stazionari: non offrono quindi aumenti i tumori femminili per eccellenza, quelli che si operano ormai da tempo con certo successo, mentre sono in aumento quelli su cui s'interviene pure frequentemente oggi, ma con poco risultato (stomaco, intestino, centri nervosi).

L'attività chirurgica da una parte allarga la statistica della morte per t. m., d'altra parte sottrae a detta statistica molti cancerosi. I più forti incrementi osservati nella serie dei periodi si riferiscono ai tumori dei centri nervosi e agli organi dei sensi, seguono quelli della bocca — vie aeree superiori, fegato-intestino, stomaco-esofago.

Considerando insieme sede di tumore e fatto regionale si osserva che le regioni più colpite dalla totalità dei t. m. non lo sono sempre in tutte le sedi, chè anzi si nota in proposito una certa varietà: così se la Toscana è la più funestata dai t. dello stomaco, del fegato-intestino, dai disseminati, non lo è più nelle altre sedi: è il Lazio più colpito dai t. dei genitali femminili, il Piemonte dai t. della mammella, l'Emilia dai t. della bocca e vie aeree superiori, ancora il Lazio dai t. delle vie urinarie-genitali maschili, le Marche dai t. dei centri nervosi, organi di senso, come pure da quelli delle ossa ed articolazioni. La Liguria infine è colpita in egual misura della Toscana dai t. disseminati. La stessa varietà si nota fra le regioni meno funestate, non risultando essere sempre la Sardegna la più risparmiata nelle varie sedi.

Stagioni: si osserva il fatto costante della maggiore mortalità nell'estate e la minore nell'inverno, contrariamente a quello che suole notarsi nella statistica della mortalità generale per i gruppi di età più avanzate.

In rapporto alla stessa mortalità da ogni causa la mortalità da t. m. segna un continuo crescendo che spicca tanto maggiormente per essere detta mortalità generale in costante e sensibilissima discesa. Si va da una percentuale come 1,63 nel primo dei periodi considerati 1888-1893 a una percentuale come 3,44 nell'ultimo periodo 1918-1923. Sui 50-55 anni i t. m. rappresentano l'ottava parte della mortalità da ogni causa.

Le professioni più colpite sono quelle liberali ed impiegatizie, che sono le categorie di persone dalle abitudini più sedentarie e presso

cui ricorrono sì spesso i disturbi del ricambio materiale e metabolismo organico. Le categorie industriali sono le più risparmiate; eppure tante di esse vivono esposte a continue irritazioni (fabbri, meccanici, falegnami ecc.). Un esame accurato dei t. m. *dello stomaco ed esofago*, i quali contano per non meno di 1/3 nel complesso dei morti per t. m. fa vedere che l'*alcoolismo* non dovrebbe esercitare influenza patogenetica; si verifica che le zone più colpite da detti tumori sono le meno alcoolizzate.

Invece si direbbe esservi qualche rapporto nel senso patogenetico tra frequenza di tumori e consumo individuale medio del *tabacco*.

Una certa correlazione sembra potersi stabilire fra mortalità per t. m. e valore numerico dei componenti le *famiglie* o i fuochi nelle varie regioni.

Della *densità* di popolazione e della percentuale di agglomerazione in singoli luoghi nulla può dirsi.

Nei confronti degli altri paesi l'Italia risulta essere fra i meno funestati. Sono meno colpite dell'Italia il Giappone, la Spagna, l'Ungheria, ed alcuni piccoli Stati Americani; viceversa la Nazione più colpita è la Svizzera che offre un quoziente di mortalità circa il doppio di quello Italiano. Per altro è notevole che alcune città Italiane presentino una mortalità ragguardevole al confronto con le maggiori metropoli estere, ad es. Milano è superata solo da Copenaghen, Berlino e Vienna; Roma ha una posizione mediana; Napoli e Palermo sono fra le metropoli più risparmiate del mondo.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

Le basi della cura del dolore.

(SPIEGEL. *Wien. Klin. Woch.*, n. 8, 1929).

Noi possiamo generalmente curare il dolore solo dal lato sintomatico, cercando di trattare il sintoma invece della causa che lo provoca, giacchè essa per lo più ci sfugge. Numerosi sono i metodi che possiamo usare a questo scopo: anzitutto il caldo — sia umido che secco — sia sotto forma d'applicazioni locali che di diatermia: quest'ultima dà calore agli organi interni in virtù appunto della resistenza da essi opposta al passaggio della corrente che li attraversa. L'azione del calore è locale (iperemia, aiuto alla lotta delle cellule contro i batteri, diminuzione dell'eccitabilità dei nervi sensitivi) e generale o lontana (è oggi accertato che, come esistono azioni riflesse dagli organi interni sulla cute (Head), così ne esistono altre che dalla cute si approfondano agli organi): questo si spiega ammettendo che dati organi e date zone cutanee abbiano la stessa origine metamerica e che uno stesso segmento midollare possa ricevere fibre centripete dalla cute e lanciare fibre centrifughe (per es. gli splancnici) negli organi stessi.

Sorge così la questione dei Derivanti o Fissatori, cioè di quelle sostanze che irritano la cute e si applicano allo scopo di modificare processi infiammatori interni; caduta oggi la ipotesi di una effettiva « derivazione » si ammette un'azione riflessa esplicantesi attraverso i tronchi nervosi — o direttamente o per il tramite del midollo spinale — e provocante una benefica iperemia degli organi.

Accanto al caldo, diamo un posto importante all'uso del freddo, che con la sua azione vasocostrittrice limita la diffusione dei processi infiammatori; usato in forma intensiva, il freddo può uccidere i nervi sensitivi.

L'energia radiante agisce sul dolore non solo provocando iperemia, ma eccitando la leucocitosi, modificando le proteine e favorendone l'assorbimento, onde la comparsa di febbre, sovente; ha infine un'azione diretta sui singoli organi e sembra (Marburg e altri) modificare il flusso del liquor cefalorachideo dal plesso corioideo.

L'elettricità, usata con piccole correnti, e la iontoforesi — o incorporazione dei medicamenti con l'aiuto della corrente galvanica — esercitano entrambe un eccitamento cutaneo locale e una iperemia di notevole importanza.

Passando ai preparati chimici, possiamo notare che i moderni progressi farmaceutici ci permettono di fare a meno della morfina per sedare il dolore, o, almeno, di usarla in piccole dosi, associandola alla dionina e alla scopolamina.

Importante è l'osmoterapia, iniezioni endovenose di soluzioni ipertoniche che, secondo gli Americani, favorendo il passaggio dei liquidi organici nel sangue, diminuirebbe la tensione endocranica e calmerebbe tutte le cefalee.

L'introduzione parenterale di proteine riesce a sedare i dolori sopratutto nei processi neuritici e artritici, ottenendo tale scopo non per la febbre in sè, che può anche mancare, ma per un eccitamento dell'attività del ricambio di alcune cellule.

Sono state iniettate sostanze diverse, anche anestetici, nei tronchi nervosi e nei gangli; esse agiscono meccanicamente interrompendo le adesioni, ma possono anche determinare paralisi motorie: innocua è l'iniezione di novocaina fatta non solo nei nervi, ma anche nella musculatura colpita. La paralisi delle fibre sensitive abolisce i riflessi attraverso cui il dolore provoca vasodilatazione, e sotto tale punto di vista, abbassa la tendenza dell'organismo ai processi infiammatori che procedono appunto con vasodilatazione.

Ricordiamo la iniezione di alcool che provoca un vero fissaggio interno: può determinare paralisi motorie, come quella dei muscoli della masticazione quando è usata nelle nevralgie del trigemino: è quindi pericolosa,

ma s'impone nelle violente nevralgie del trigemino, dove talora è necessario l'intervento del chirurgo.

La cura chirurgica del dolore è l'ultimo rifugio della terapia: vi si distinguono interventi periferici (escissione, interruzione di fibre ecc.) e centrali. Tra i primi ricorderemo quelli sui nervi del collo — per la cura dell'angina pectoris, cura di cui è messa in dubbio l'efficacia — e la simpaticectomia periarteriosa che, secondo le vedute moderne, agirebbe determinando un'eccitazione delle terminazioni sensitive e, attraverso questa, un riflesso vasale e iperemia.

Tra i secondi domina l'operazione di Forster o recisione delle radici posteriori di un dato segmento midollare; essa non ha però sempre i risultati voluti, non già perchè anche le radici anteriori siano capaci di portare le sensazioni dalla periferia ai centri, ma perchè la recisione radicolare riesce difficilmente completa e perfetta: operazione assai più ardita e di successo anch'essa non sicuro è la cordotomia anterolaterale di Spiller e Schüller.

Infine bisogna ricordare che nel talamo ottico hanno sede processi che oltrepassano la soglia della coscienza, e anche sensazioni dolorose; malattie del talamo possono dare dolori che sono di origine squisitamente centrale. L'origine di questi dolori non è chiara: forse si tratta di una malattia del fascio d'inibizione che isola normalmente il talamo dalla corteccia; forse di un'azione irritante esercitata sulle cellule del talamo da impulsi corticofugali; certo il sistema cortico-talamico ha una grande parte nell'origine dei dolori centrali.

Così si spiegano molti insuccessi chirurgici praticati sul sistema nervoso periferico; così si spiega il punto di partenza di quei dolori psicogeni, di cui non è possibile trovare la base organica, così infine si spiega l'influenza che l'attenzione o il divagamento del paziente hanno rispettivamente sull'esacerbazione e sulla diminuzione dei dolori.

E giungiamo così all'ultimo mezzo di cura del dolore: la psicoterapia, la quale ha tanta importanza non solo nelle sensazioni dolorose puramente funzionali, ma anche in quelle periferiche-organiche. In nessun campo, conclude l'autore, come in questo, dobbiamo ricordare che non va curata soltanto la malattia anatomica che è a base del dolore, ma tutta la psiche del malato stesso.

V. SERRA.

Ricerche istologiche sul valore della terapia con iniezioni nelle nevralgie.

(FRANKENTHAL. *Bruns Beitr. z. Klin. Chir.*, vol. 143, H. 2, 1928).

Rindt fu il primo ad iniettare nelle ischialgie morfina nelle vicinanze del nervo. In seguito alla morfina furono sostituiti l'oppio, l'eroina, la dionina, la narceina, l'atropina. Altre sostanze usate nelle nevralgie sono la stricnina, l'aconitina, la teina, il curaro, la colchicina, l'ergotina. Sono state utilizzate anche sostanze ad azione irritante come il cloruro di zinco, il nitrato d'argento, la tintura di iodio, l'olio di trementina, la tintura di cantaridi e qualche volta si verificarono ascessi e gangrena dei tessuti. Anche l'etere è stato utilizzato per iniezione ma era spesso seguìto da neurite; il cloroformio si è dimostrato straordinariamente doloroso.

Eulenburg iniziò l'uso dell'acido osmico all'1 % con qualche buon risultato. Frank e Bennet usavano tale mezzo a nervo scoperto e risultati buoni ebbero nella clinica di Mikulicz secondo le notizie riferite da Auschütz nel 1904. Wright ha iniettato l'acido osmico nel ganglio di Gasser.

In seguìto è stato usato da Ehrlich e Leppmann il bleu di metilene, poi il chinino, l'ittiolo, acqua, acido fenico, antipirina. Schleich usò la sua soluzione all'1 % di cocaina e morfina.

Pitres e Verger nel 1902 cominciarono ad usare l'alcool il cui uso fu subito allargato in tutti gli stati.

Ricerche sperimentali negli animali sono state fatte con l'a. osmico da Fränkel, con l'alcool da Finkelburg e Schmieden i quali osservarono degenerazioni dei fasci nervosi ed emorragie dei tessuti intorno. Mays studiò nei gatti le alterazioni da iniez. di alcool in nervi di senso, nel ganglio di Gasser, nei nervi misti venendo alla conclusione che si ottiene una necrosi locale.

In alcuni casi clinici riferiti da Fischer-Erb, si sono verificati inconvenienti gravi come paralisi dei peronieri, per iniez. di alcool nello sciatico; paralisi che sono state riscontrate da Hirschler con la novocaina in tre casi di anestesia del flesso alla Kulenkampf. Anche con la miscela usata da Payr per distruggere le cicatrici (soluzione di Pregl con pepsina) sono state osservate sperimentalmente degenerazioni nervose.

L'A. ha sperimentato nello sciatico dei conigli diverse sostanze seguendo gli animali fino alle rigenerazioni e utilizzando vari metodi di colorazione.

I pezzi di nervo furono prelevati a varie epoche di esperimento.

Il maggior grado di degenerazione grassa delle fibre nervose venne osservato col metodo di Marchi in seguito ad iniezione di alcool a 80°, di acido fenico all'1 %, di soluzione di ammoniaca al 1/2 %, di acido cloridrico e soluzione di pepsina. Con la soluzione di Payr si osservarono alterazioni minori nella struttura trovando vicino a fasci degenerati altri ancora normali.

Con l'iniezione di soluzione fisiologica o con la semplice puntura del nervo si osservano scarsi fatti degenerativi del nervo riscontrando in molti casi un deposito di gocciole di grasso nell'endo- e perinervio.

Dall'insieme delle ricerche istologiche si può

dire che a quasi tutte le iniezioni, anche alla semplice puntura di un nervo segue una degenerazione secondaria la quale è più forte per l'acido fenico, ammoniaca, soluzione di acido cloridrico e pepsina, alcool a 80° ed in minor grado per le iniezioni di novocaina, soluzione fisiologica e per la semplice puntura.

Segni sicuri di rigenerazione sotto forma di fascetti di finissime fibrille a doppio contorno, a volta, a spirale, si osservano soltanto dopo semplice puntura, iniez. di soluzione fisiologica, di novocaina, di soluzione di Payr.

Le alterazioni degenerative si possono paragonare a quelle ottenute da Trendelenburg con la congelazione mediante cloruro d'etile ed anche con quelle da sezioni traumatiche.

La rigenerazione dei nervi tagliati col termocauterio è del doppio più lenta di quella di nervi tagliati col coltello tanto che Payr consiglia nelle amputazioni l'uso del termocauterio per la sezione dei nervi.

In conclusione nelle nevralgie dei nervi di senso si può usare l'alcool, in quelli misti la novocaina, la soluzione fisiologica, la soluzione di Payr.

R. Brancati.

La cura chirurgica moderna della nevralgia del trigemino.

(Byron Sloohey. *The New Eng. Jour. of Med.*, nov. 1928).

Anzitutto è necessario fare la diagnosi esatta di nevralgia del trigemino, escludendo tutte le altre malattie organiche che possono causare cefalea e nevralgie come: 1) i tumori pontocerebellari; 2) malattie organiche come il diabete; 3) una neurite del nervo trigemino prodotta da un'infezione dentale o tonsillare. La vera nevralgia del trigemino ha caratteristiche ben definite: il dolore è sempre unilaterale, nell'area di innervazione del nervo, è accessuale e non cede ad alcun rimedio, mentre gli stimoli periferici, come il freddo, lo aggravano; sono tipici i movimenti e le contorsioni facciali del malato.

La cura è varia. Le resezioni periferiche sono senza risultato, perchè spesso sono seguìte da ricadute. L'estirpazione completa del ganglio di Gasser è sempre pericolosa per l'occhio, e la mortalità è di circa il 14 %. Fino a qualche tempo fa erano molto in uso le iniezioni di alcool nel ganglio, ma oggi sono poco più praticate.

Recentemente Spiller e Fraser hanno proposto l'estirpazione fisiologica del ganglio di Gasser, con resezione della radice dorsale del V paio. Tale intervento sembra che dia in realtà buoni resultati. Con esso la perdita di sangue è minima, i disturbi trofici sono meno frequenti; la mortalità è scesa all'1 %.

Può definirsi una resezione parziale, poichè sono asportate solo le fibre sensitive dell'area dolente, mentre quelle motorie sono lasciate intatte. In tal modo i muscoli della masticazione non vengono paralizzati e l'estetica del viso è intatta. L'A. è del parere, non appena è stata fatta la diagnosi, di intervenire prontamente.

Moor.

RENI.

La paranefrite.

(Dr. Wilhelm Fritz. *Mediz. Klin.*, n. 6, 1929).

Le modificazioni patologiche che colpiscono l'involucro di un organo di importanza vitale sono sempre degne d'interesse. Riedel ha distinto 3 gruppi di paranefriti:

1) paranefriti con reni fin'allora sani;

2) paranefriti con reni cronicamente malati;

3) paranefriti derivanti da focolai posti a distanza.

L'A. si occupa solo del 1° gruppo.

La paranefrite acuta idiopatica deve la sua origine a una stafilococcemia che, partendo da un focolaio primario (foruncolo, favo, patereccio e flemmone) va a dare metastasi nella capsula adiposa del rene: il tempo di latenza va da una settimana ad un mese, e durante questo non si sa dove si annidino i cocchi: le emocolture sono in genere negative. In armonia colla genesi metastatica è il numero quesi eguale delle paranefriti a destra e a sinistra, rilevabili nelle statistiche; frequenti sono anche le paranefriti bilaterali.

Altra prova della genesi metastatica è l'importanza del trauma per la loro insorgenza; l'uomo, che mena vita più esposta ai traumi, è più colpito della donna: l'età preferita è tra i 20 e i 40 anni.

La progressione esatta del processo metastatico è oggetto di discussione: metastasi diretta nella capsula adiposa? o prima nella corteccia renale e di lì nella capsula? o nei vasi della capsula fibrosa? Nè gli esami più accurati dell'urina, nè i reperti chirurgici o le autopsie permettono di giungere a una conclusione: le prove di funzionalità renali sono state trovate ora normali ora no; lesioni renali evidenti non sono state mai descritte dai chirurghi; le autopsie in genere hanno rivelato invece l'esistenza quasi costante di ascessi renali.

A conciliare questi varii risultati, l'A. ammette che esista sempre un focolaio suppurativo renale che si diffonde alla capsula adiposa lungo le vie linfatiche, oggi ben conosciute, rispettando completamente il parenchima interposto.

Si spiega così la frequentissima localizzazione posteriore dell'ascesso pararenale: e, dato che al rene è stata riconosciuta la funzione di eliminazione dei batteri, funzione che si associa in genere a lesioni renali, si com-

prende come una stafilococcemia possa danneggiare prima il rene e di lì, traverso le reti linfatiche, diffondersi alla capsula adiposa.

Nella sintomatologia, accanto ai sintomi generali di una setticemia, si manifestano quelli locali: dolore alla regione lombare, posizione coatta del tronco, dolore alla compressione dell'angolo costo-vertebrale, difesa muscolare. In un periodo più avanzato si può avere infiltrazione, arrossamento e turgore della cute; l'ascesso si apre all'esterno nei punti « minoris resistentiae » (triangolo di Petit, ecc.). I nervi possono essere presi, ed aversi dolori irradianti; l'impegno della musculatura crea deviazioni della colonna vertebrale (scoliosi a concavità verso il lato malato): si può avere una psoite con caratteristica flessione della coscia.

Attraverso gli spazi di Waldeyer e i vasi linfatici il processo può diffondersi alla pleura; può invadere il polmone, comunicare con i bronchi e manifestarsi con vomica purulenta.

L'ottusità renale oltrepassa la linea ascellare anteriore in avanti e la posteriore indietro; nell'addome si rileva meteorismo, tendenza alla stipsi; la compressione del duodeno provoca vomiti irrefrenabili; l'ascesso può aprirsi nella cistifellea, nel colon o nella cavità peritoneale.

Con i raggi si può seguire la paranefrite punto per punto: importantissimi sono i cosiddetti segni radiologici diretti, e cioè: 1) presenza di un'ombra particolare che appare in intimo contatto con l'ombra propria dei reni; 2) ingrandimento dell'ombra renale stessa: ma si noti che a questa immagine contribuisce anche l'infiltrazione edematosa del grasso della capsula, onde l'ascesso è in realtà sempre più piccolo.

Si può anche avere velatura o scomparsa dell'ombra dello psoas e delle apofisi transverse delle vertebre; la presenza di scoliosi vertebrali: infine la formazione di un'onda nella opaca immagine dell'ascesso, quando s'imprime al malato sotto lo schermo una spinta violenta.

V. SERRA.

Carcinoma papillare della pelvi renale.

(M. MELTZER. *The Journal of Urology*, volume XVI, n. 5, novembre 1926).

Da un caso caduto sotto la sua osservazione l'A. trae occasione per uno studio sui tumori primitivi della pelvi renale. Comincia col mettere in rilievo come essi siano la causa più infrequente di ematuria; dimostra la loro rarità dalle varie statistiche fra cui quella di Albarran, quella della Mayo Clinic, di Spiess, McGawan ed altri da cui risulta che dal 5 al 7 % dei tumori renali emergono dalla pelvi; e passa quindi, dopo l'esposizione del suo caso che è il 184° di quelli riportati finora in letteratura, allo studio generale di detti tumori della pelvi.

Etiologia. È ignota. Alcuni casi si associano a calcoli che, secondo alcuni, potrebbero esser causa di irritazione; altri dicono che sono preceduti da una infiammazione locale. Si riscontrano fra i 30-40 anni.

Classificazione. Possono classificarsi clinicamente e patologicamente. La classificazione patologica più conveniente è data da Ewing:

1) Papilloma della pelvi; potenzialmente maligno.

2) Carcinoma papillare; che si origina dall'epitelio pelvico.

3) Carcinoma alveolare; questo rappresenta porzioni infiltranti degli altri tipi.

La classificazione clinica più conveniente è:

1) Tipo papillomatoso, caratterizzato da trapianti all'uretere e alla vescica, nel 70 % dei casi con ematuria, con metastasi tardive. È il tipo più frequente.

2) Tipo non papillare, caratterizzato da propagazione diretta all'uretere, con ematuria nel 50 % dei casi, con metastasi alle glandole linfatiche, negli altri organi e nelle ossa. È il tipo meno frequente, ma più maligno.

Patologia. Si evolvono in 6-12 mesi. Eccezionalmente si ha per lungo tempo ematuria associata a queste lesioni, così Busse riporta un caso in cui l'ematuria durava da 20 anni e Thurston un altro in cui l'ematuria durava da 21 anni. La funzione renale viene man mano lesa e diminuisce per la pressione atrofica del parenchima.

La crescita papillare nella pelvi ora è benigna ora maligna, però non esiste un vero carattere di benignità; così Derewenko e Pantaloni riportano un caso di nefrectomia per papilloma benigno seguìto più tardi da carcinomatosi generale; in un caso di Zucherkandle, sei mesi dopo nefrectomia per papilloma benigno, furono trovate nella vescica 20 chiazze metastatiche. Il rene generalmente non è ingrossato, il suo parenchima soltanto è compresso e atrofizzato. D'ordinario crescite papillari non si hanno nelle capsule nè nei tessuti perinefritici. L'uretere è ispessito e dilatato e può venir preso per diretta estensione o per trapianti papillari che possono pigliarlo in tutta la sua lunghezza fino a protundere nella vescica, impigliarla tutta e venire addirittura fuori dell'uretra. Queste crescite nell'uretere possono dar luogo ad ostacolo e quindi alla formazione di idronefrosi o ematonefrosi secondaria. Per questo meccanismo la pelvi può essere distesa fino a contenere enorme quantità di liquido; Capo riferisce un caso in cui la pelvi conteneva 1 litro di liquido e Reynold un caso in cui erano contenuti 14 litri. Istologicamente le papille nella pelvi e nell'uretere contengono più aree di degenerazione maligna e mostrano la presenza di numerose figure mitotiche, più di quelle trapiantate nella vescica. Le cellule del tumore ricordano il tipo transizionale di epitelio ma il loro sviluppo è atipico e di carattere anaplastico. I villi sono formati da un forte tessuto connettivo vasco-

lare ricoperto di cellule epiteliali anaplastiche. Il parenchima renale presenta atrofie da compressione e trasformazione fibrosa dei tuboli. È assai raro che il rene sia invaso direttamente da un tumore pelvico.

Sintomi. L'ematuria è il primo e più importante sintomo e si riscontra nel 70 % dei tipi non papillari e nel 50 % dei tipi papillari. La colica renale e ureterale non sono costanti. La palpazione di regola è negativa eccetto quando esiste idronefrosi o ematonefrosi secondaria. Il passaggio delle papille nella vescica può costituire un sintomo prezioso specialmente quando è associato a ematuria. La cachessia viene tardi e generalmente col succedere delle metastasi.

Diagnosi. La presenza di ematuria in unione a qualcuno degli altri menzionati sintomi deve far pensare alla possibilità di questi tumori. Importante è la cistoscopia per la possibilità di trovare papille impiantate in v. Grande importanza ha poi la pielografia in cui si può vedere un incompleto riempimento della pelvi e deformazioni di essa che quasi sempre parlano per un tumore primitivo della pelvi stessa, specialmente in assenza di altri sintomi a carico della pelvi e del rene.

Prognosi. È migliore nei tipi papillari che nei tipi non papillari, in cui si ha più presto metastasi.

Trattamento. Nefrectomia e ureterectomia completa nei tipi papillari; nei tipi non papillari può anche tralasciarsi la ureterectomia.

I malati, dopo che sono stati operati, debbono essere seguìti con frequenti cistoscopie, data la possibilità di trapianti in vescica anche in seguito a papillomi benigni operati, e fulgorazioni di questi possibili trapianti.

G. ANNICCHIARICO-PETRUZZELLI.

Del cosidetto igroma del rene.

(G. S. EPSTEIN. *Journ. d'Ur. Méd. Chir.*, agosto 1928).

Per igroma del rene s'intende un'affezione particolare caratterizzata dalla presenza di una cisti intorno al rene, a contenuto limpido chiaro, in modo che il rene vi si viene a trovare dentro, come un testicolo immerso in una vaginale ripiena di liquido. Questa formazione cistica ha una parete esterna fibrosa ed una interna, la quale ricopre la superficie esterna del rene e si continua coll'esterna a livello dell'ilo, ed è completamente separata dalla pelvi e calici renali. La struttura della parete cistica ci dimostra che essa s'è formata a spese della capsula renale fibrosa, e che, non essendo internamente tappezzata nè da epitelio nè da endotelio, si tratti quindi di una cavità di neoformazione.

La prima osservazione si deve a Malherbe nel 1890, ed essendo estremamente rara, l'A. ne ha potuto raccogliere solamente 8, compresa la sua personale. Circa la patogenesi, si è universalmente d'accordo nel riconoscere l'igroma del rene, come l'esito di un ematoma perirenale precedente, con riassorbimento ulteriore del sangue e sua sostituzione con un liquido trasparente (Koch, Connerth, Minkowcki, ecc.). E ciò è provato in maniera evidente dall'osservazione esatta di casi, in cui è stato possibile seguire il graduale e progressivo passaggio di una raccolta ematica perirenale in una raccolta sierosa. In ultima analisi la questione dell'igroma perirenale si riconnette colla questione degli ematomi perirenali spontanei: questione non ancora risolta e molto dibattuta. A parte gli ematomi da rottura traumatica del rene, nel caso di ematomi spontanei sappiamo di certo solamente un fatto: in tutti i casi trattasi di reni patologici (tubercolosi, neoplasmi, flogosi del rene diffuse o localizzate, pionefrosi, e specialmente, nel 50 % dei casi, idronefrosi).

Nel caso osservato dall'A. trattavasi di una donna di 45 a. morta per cancro dell'utero, nella quale si trovò, senza notizie anamnestiche precedenti, un igroma del rene sinistro di modico grado, insieme ad una leggera idronefrosi bilaterale, conseguenza di compressione, che l'infiltrazione neoplastica dei parametri esercitava sui due ureteri.

V. LOZZI.

OSTETRICIA.

L'esplorazione vaginale durante il travaglio.

(V. LE LORIER. *Le Bullet. Med.*, 27 ott. 1928).

L'A., dopo aver discusso i vantaggi che offre l'esplorazione vaginale e i vantaggi che offre la semplice palpazione, pensa che la miglior cosa sia quella di eseguire l'esplorazione prima che cominci il travaglio, riservando la palpazione per il travaglio iniziato.

Prima cosa che il medico deve fare quando è chiamato presso una donna in travaglio è appunto di assicurarsi dello stato di dilatazione del collo uterino. Con l'esplorazione però pochi dati sicuri si possono avere sulla rapidità eventuale del parto, perchè una donna con una dilatazione lenticulare al momento della visita può partorire mezz'ora dopo, ed una donna, con una dilatazione completa o vicina ad essere completa, può invece entrare in periodo di espulsione, molte ore più tardi.

Non si può disconoscere che l'esplorazione a volte può presentare reali inconvenienti: tutte le manovre infatti che si producano dall'esterno all'interno possono essere veicoli di penetrazione di germi settici. L'esplorazione poi fatta in condizioni precarie, poco igieniche, quali quelle che si offrono al medico in campagna e a volte anche in città, è un rischio che molto spesso diventa un serio pericolo.

Come evitarlo?

Anzitutto col diffondere la elementare nozione che la donna incinta deve frequentare

la consultazione prenatale la più vicina al suo domicilio, così che il medico e la levatrice sapranno già tutti i dati principali prima del parto.

Quando la donna entra in travaglio, l'importante è sapere se essa è in travaglio e quanto questo durerà. La palpazione dell'utero e l'osservazione della mimica dolorosa può informare esattamente e sicuramente come potrebbe fare l'esplorazione. Se la donna ha delle contrazioni uterine dolorose che tendono a ripetersi più frequentemente o con più intensità, si può affermare che essa è in travaglio, come pure se la donna accusa dolori addominali con caratteri di coliche intermittenti, ma persistenti durante il rilasciamento completo della parete uterina e che non aumentano d'intensità al momento di contrazione uterina, si può dire che la donna non è in travaglio. Se la malata è multipara è consigliabile in tutti i casi di non lasciarla dal momento che ella ha delle contrazioni uterine dolorose ogni 2-3 minuti, se è primipara sarà bene rivederla il più spesso e di non allontanarsi più quando essa comincia a spingere.

Si può obbiettare che la sistematica astensione dal toccare porti alla misconoscenza della dilatazione completa e per conseguenza alla tardiva rottura delle membrane, con la conseguenza principale, la loro dissociazione.

Questa associazione però non ha in realtà una grande importanza. Ciò nonostante il toccare resta un modo d'esplorazione di cui non si può fare a meno tutte le volte che la donna presenti una qualunque anomalia.

Ma è un dovere, conclude l'A., di evitarlo più che sia possibile. Guardare, ascoltare, palpare, ma non toccare. MOOR.

Il travaglio prolungato.

(H. BAILEY. *Am. Jour. of Obst.*, n. 3, settembre 1928).

Un travaglio prolungato può rappresentare sempre un pericolo di vita per la partoriente, sopratutto quando si tengano presenti gli studi di Williamson, il quale è riuscito a dimostrare che nel travaglio normale esiste acidosi, che la tossiemia, prima o durante il travaglio è accompagnata da acidosi, e che infine esiste sempre un abbassamento del CO_2 e della pressione sanguigna.

Se perciò tali fattori esistono in un travaglio normale, è logico ammettere che più il travaglio si prolunga, più profonda sarà l'acidosi. L'esaurimento infatti è completo, esiste un accumulamento di acidi dovuto al lavoro musculare, e per gli sforzi espulsivi e per le grida della partoriente si ha anche una superventilazione polmonare.

Quando il travaglio si prolunga, l'acidosi cresce continuamente, mentre l'abbassamento del CO_2 coincide coll'abbassamento della pressione sanguigna.

Tutte le partorienti perciò con sintomi di acidosi dovrebbero essere bene osservate prima dell'intervento. Fra i sintomi clinici da servire di aiuto per la diagnosi di acidosi, sono da tenere presenti: l'aridità della pelle, la pressione sanguigna bassa, i segni di esaurimento della paziente. Per migliorare lo stato di acidosi è opportuno, prima d'intervenire, somministrare alla paziente, della morfina. Se il travaglio dura più di 12 ore bisogna dare un cibo atto a fornire molte calorie e che sia di facile assimilazione (zucchero latteo con sugo di limone o di arancio). Se il travaglio dura più di 24 ore e non può essere portato a termine a causa di controindicazioni ostetriche, lo zucchero deve essere dato per via endovenosa.

Se la pressione sanguigna è inferiore a 85, l'intervento deve essere rimandato fino a che essa non sia arrivata a 100 o più.

Su ciò sopratutto insiste l'A. il quale anche consiglia, fatta la diagnosi di acidosi, di non fare mai alcuna anestesia.

Solo così potrà essere diminuita la mortalità dovuta a travaglio prolungato.

. MOOR.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

RANKE K. E. *Ausgewählte Schriften zur Tuberkulosepathologie.* Berlin J. Springer, 1928. Mk. 20.

A tutti gli studiosi dei problemi tubercolari sono noti gli studi di Ranke e l'importanza che hanno avuto le idee dell'autore sullo sviluppo dei concetti relativi alla evoluzione dell'infezione tubercolare. Ma gli scritti del Ranke erano sparsi nei vari periodici e non era facile potere avere una completa raccolta di essi. Bene a proposito è giunta quindi l'opera di Pagel che ha raccolto i vari scritti di Ranke e li ha riuniti in questo volume edito da Springer. In esso lo studioso ritroverà il testo originale dei lavori di Ranke, non essendo stata portata alcuna modificazione ad essi: potrà seguire dettagliatamente tutto lo sviluppo delle idee dell'autore che in base alle osservazioni anatomo-patologiche e cliniche ha proposto la distinzione della evoluzione dell'infezione tubercolare in tre stadi mettendo in relazione il particolare sviluppo di ogni stadio con un determinato grado dello stato di allergia dell'individuo. Ranke ha cercato così in base ad elementi anatomici e clinici di dare una visione unitaria della evoluzione della infezione tubercolare. È noto come siano state mosse varie critiche alle idee di Ranke e come non sia da tutti accettata la suddivisione nei vari stadi per quanto concerne la loro succes-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

sione cronologica, come vorrebbe il Ranke, nella evoluzione completa della malattia tubercolare. Però le osservazioni dell'autore e sovratutto i rapporti messi in rilievo fra il vario presentarsi della infezione tubercolare in uno stadio piuttosto che in un altro, con il particolare stato allergico dell'individuo, rappresentano una importante acquisizione negli studi sulla tubercolosi.

Questo volume sarà accolto con grande interesse e favore da tutti coloro che si interessano degli studi sulla tubercolosi.

Trenti.

Valdes Lambea J. *Tubercolosis experimental.* J. Morata, Madrid, 1928.

È un volume di poco più di 200 pagine nelle quali l'autore raccoglie i dati di numerose osservazioni sperimentali sull'uso e sulla efficacia di vari composti chimici nella cura della tubercolosi. L'autore non tratta affatto di esperienze cliniche; egli si è limitato soltanto allo studio dell'azione di vari preparati negli animali sperimentalmente infettati di tubercolosi, saggiando contemporaneamente negli animali sani la tossicità degli stessi preparati. Ha sperimentato con preparati di cerio, di nichel, di cobalto, di oro dedicandosi particolarmente allo studio della sanocrisina. Egli non ha potuto riscontrare per nessuno dei preparati presi in istudio, alcuna azione chemioterapica efficace contro il bacillo di Koch, confermando così i risultati ottenuti da molti altri sperimentatori sia negli animali che nel campo clinico.

Trenti.

Breton A. *Étude de la reaction de Vernes à la résorcine dans le diagnostic et le pronostic des tuberculoses.* Paris, Masson 1928. Fr. 20.

L'autore raccoglie in questo volume di 152 pagine quanto si riferisce alla tecnica ed ai risultati della reazione di Vernes alla resorcina nella diagnosi e nella prognosi delle varie forme mediche e chirurgiche della infezione tubercolare. Egli ha confrontato i risultati ottenuti con la reazione di Vernes, con quelli ottenuti con la reazione di deviazione del complemento. L'autore si dichiara favorevole all'impiego della reazione di Vernes pure riconoscendo che limitata è l'utilità di essa nei riguardi della diagnosi, mentre maggiori indicazioni può dare sul criterio di attività o meno della lesione. Ciò si presenterebbe di maggior valore nello studio delle forme chirurgiche della infezione tubercolare. Alla descrizione del metodo ed alle conclusioni dei risultati ottenuti seguono i protocolli dettagliati delle osservazioni compiute.

Trenti.

Brandt R. Szandicz S. *Die serologischen Reaktionen der Syphilis.* Urban & Schwarzenberg, Berlin, 1928. Mk. 12.

È un piccolo manuale pratico che raccoglie tutte le più importanti e moderne reazioni proposte ed usate per la diagnosi della sifilide. Trovano in esso posto, accanto alla reazione originale di Wassermann, le varie altre reazioni o di intorbidamento quale quella di Dold e di Meinicke, o di flocculazione come quelle di Meinicke, di Sachs-Georgi, di Dreyer-Ward, di Kahn, e la Ballung-reazione di Müller. Infine un capitolo particolare è dedicato alle varie indagini sul liquido cefalo-rachidiano. Per ogni reazione alla dettagliata descrizione della tecnica, segue una tavola illustrativa che riproduce esattamente a colori il risultato della reazione.

Trenti.

G. und F. Klemperer. *Neue Deutsche Klinik.* Tomo II. Vol. in-8° di circa 800 pagg. Urban e Schwarzenberg. Berlino, 1928. Mk. 33.

Anche questo secondo volume del Dizionario di medicina pratica, contiene numerosissimi ed importanti argomenti.

È composto dai fascicoli 6 a 10 e, come per il primo volume, vi figurano fra i collaboratori i migliori autori tedeschi.

Secondo l'indirizzo dell'opera, ogni argomento è trattato in modo chiaro e sintetico, e aggiornato in base alle più moderne cognizioni.

A. P.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 23 febbraio 1929.

Presidenza: Prof. V. Ascoli, presidente.

Legatura dell'arteria epatica e anastomosi del suo capo periferico con la vena porta.

Ghiron V. e Brunacci A. — Ghiron V., dopo aver ricordato che la legatura dell'a. epatica causa la morte, ricorda esperienze di alcuni AA. che hanno dimostrato come la morte possa essere evitata anastomizzando il suo capo periferico con la porta.

L'O. ed il suo collaboratore hanno studiato il comportamento della funzione epatica in queste ultime condizioni, ed hanno rilevato una certa alterazione della funzione glicogenica. Si propongono di seguitare le ricerche.

Tachicardia ventricolare a salve di Gallavardin.

Dionisi A. e Meldolesi G. — Il prof. Meldolesi espone il caso clinicamente, mentre il prof. Dionisi lo illustra dal punto di vista anatomo-patologico.

Il caso riguarda un fabbro di 25 anni, che dopo una lunga malattia febbrile durata 5 mesi, e diagnosticata come febbre tifoide, presentò segni di scompenso cardiaco ed in seguito una sindrome riportabile alla tachicardia ventricolare a salve di Gallavardin che lo condusse a morte.

Dal punto di vista anatomo-patologico venne riscontrato stenosi mitralica con insufficienza, ipertrofia cardiaca, infarti anemici del polmone ed un trombo sul ramo destro dell'arteria polmonare.

La comunicazione è corredata da una ricca dimostrazione di grafiche vasali e di preparati anatomici.

Infezione urinaria mista tubercolare e da paratifo B, con contagio coniugale.

PUNTONI V. — L'O. espone il caso di un ammalato affetto da un'infezione urinaria mista da b. tubercolare e da paratifo B.; la localizzazione paratifosa avvenne probabilmente sopra un terreno già tubercolinizzato, in seguito ad una forma paratifosa sofferta dal malato stesso e che determinò anche una osteo-periostite costale. La batterioterapia autogena praticata col paratifo B, portò alla guarigione della osteo-periostite, ma non dell'affezione urinaria.

La moglie del paziente, che presenta precedenti tubercolari (peritonite tubercolare sofferta alcuni anni avanti), è pure affetta da una forma urinaria nella quale si sono riscontrati batteriologicamente il b. tubercolare ed il paratifo B. L'O. pensa che la localizzazione tubercolare sia anche in questo caso preesistente, mentre ammette che l'infezione paratifosa derivi da un contagio coniugale, e prospetta l'ipotesi che i terreni tubercolizzati siano particolarmente predisposti per l'attecchimento delle infezioni paratifose.

Sopra un caso di peripleurite come contributo alle localizzazioni extraintestinali dell'infezione Eberthiana.

ASCOLI V. — L'O. espone il caso di uno chauffeur di 21 anni, il quale presentò una tumefazione all'emitorace sinistro, accompagnata da febbre remittente. Il decorso dell'affezione portò a stabilire la diagnosi di peripleurite e nell'ascesso formatosi in corrispondenza della tumefazione fu rinvenuto il b. tifico; all'incisione dell'ascesso fu rilevata una carie costale. Il malato soffrì anche una pleurite concomitante (consensuale), ma con liquido sterile, cioè senza b. tifico.

L'O. fa un'analisi critica del caso, che interpreta come una forma eberthiana con localizzazione peripleurica e prospetta la possibilità che tale localizzazione sia stata determinata da un trauma sofferto 5-6 mesi innanzi.

Il prof. PUNTONI, a proposito di localizzazioni eberthiane osteo-periostali primitive accompagnate da movimento febbrile, ricorda un caso occorsogli di ascesso da paratifo B nella tibia, che si produsse senza alcuna manifestazione addominale, in seguito a trauma che non aveva leso la cute.

Il prof. DALLA VEDOVA, mentre si associa nel riconoscere l'importanza del caso, dissente dal prof. Ascoli su due punti: primo perchè ritiene che non si possa facilmente accettare l'ipotesi di un rapporto fra trauma e flogosi, dato il molto tempo intercorso silenziosamente; secondo perchè ritiene che il nome di peripleurite debba essere riservato a quei processi interessanti primitivamente il connettivo extrafasciale, e non a quelli che hanno il loro punto di partenza da una flogosi costale.

Il prof. ASCOLI ritiene che se nel caso accennato dal prof. Puntoni, fosse ben dimostrata l'assenza di altri sintomi dell'infezione, sarebbe assai importante e comparabile al proprio.

Ad ogni modo fa notare essere stati osservati molto frequenti gli ascessi ossei tifici e paratifici durante la guerra per traumi anche leggeri.

Ciò conduce l'O. a rispondere al prof. Dalla Vedova, che il tempo trascorso dal trauma all'insorgere della malattia deve essere raccorciato del periodo di incubazione e che d'altronde per creare una predisposizione a fissare i germi non occorre una grave lesione locale. L'O. ha affermato il trauma potersi ritenere come motivo semplicemente probabile.

Circa l'aggiustatezza della denominazione di peripleurite al caso suo, il prof. ASCOLI risponde che esso presenta tutte le precise note di ubicazione, di sviluppo e di decorso date come caratteristiche dagli AA.; che nessuno ha messo come proprio alla malattia la origine nel foglietto indicato dal prof. Dalla Vedova e che tutti hanno distinto nettamente la peripleurite dalla carie cronica delle coste, ma nessuno dai processi acuti delle ossa. L'O. è pertanto convinto che il caso da lui descritto appartenga alle vere peripleuriti. Non vuole da ciò indurre che tutte le peripleuriti abbiano il substrato anatomico d'una acuta flogosi ossea; ma ritiene che quando una flogosi ossea assume l'estensione e provoca la sintomatologia di questo caso meriti il nome di peripleurite.

Il Segretario: V. PUNTONI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Il lobo anteriore della pituitaria e la funzione degli organi sessuali.

Le malattie della ghiandola pituitaria esercitano, com'è noto, una marcata influenza sulla attività e lo sviluppo degli organi sessuali. E mentre le opinioni intorno ad' altri sintomi non sono completamente concordi, nessun dissenso esiste fra gli AA. circa gli effetti sugli organi della riproduzione. Gli studi sperimentali compiuti negli ultimi anni hanno dimostrato che la parte della ghiandola essenzialmente responsabile di tali effetti è il lobo anteriore. Sembra dunque accertato che l'iposecrezione e l'ipersecrezione di questo lobo si accompagnano rispettivamente con la ipoattività e con la iperattività delle ovaie e dei testicoli, provocando sintomi diversi a seconda che il fatto avviene in epoca anteriore o successiva alla pubertà.

Paulesco ha dimostrato, con i primi esperimenti conclusivi, che l'asportazione del lobo anteriore determina l'adiposi mentre l'asportazione del lobo posteriore non dà luogo a sintomi. Successivamente Cushing e i suoi collaboratori hanno dimostrato che il quadro clinico prodotto negli animali adulti dalla parziale rimozione del lobo anteriore è identico alla sindrome della distrofia adiposo-genitale, con pronunciata atrofia dell'utero, la scomparsa dei follicoli nelle ovaie, con permanenza delle cellule interstiziali. Negli animali giovani, secondo Cushing, l'asportazione del lobo anteriore della pituitaria determina un infantilismo persistente degli organi della riproduzione.

Risultati dello stesso genere sono stati ottenuti da altri sperimentatori.

Smith sarebbe riuscito a riportare nello stato normale (!) organi sessuali degenerati in seguito all'asportazione dell'ipofisi, nei topi, mediante l'innesto di porzioni della ghiandola.

In epoca più recente gli AA. hanno dedicato i loro sforzi alla ricerca degli effetti che la iniezione di estratto, o gli innesti, del lobo anteriore della glandola determinano nel senso della ipersecrezione ed iperfunzione degli organi genitali. Le osservazioni dimostrano che il lobo anteriore della pituitaria elabora una sostanza la quale stimola la formazione dei corpi lutei nell'ovaia dell'animale normale maturo, ed ha anche un effetto sull'ovaio immaturo, il quale sotto l'azione di tale principio raggiunge in pochi giorni uno stato di attività funzionale superiore a quello che normalmente si forma in parecchie settimane.

C. W. Bellerby (*The Lancet*, 9 giugno 1928) sperimentando con iniezioni di preparati ricavati da ghiandola pituitaria di bue sopra diverse serie di topi è pervenuto alla conclusione che esistono due princìpi distinti: l'uno provoca l'estro sessuale negli animali immaturi, l'altro inibisce il ciclo normale dell'estro negli animali maturi. Sono dunque due princìpi antagonisti. Questo punto dell'argomento va chiarito. È probabile che taluni dei risultati finora ottenuti siano dovuti al fatto che gli estratti usati contenevano, in proporzioni varie, le due sostanze.

(Non si deve dimenticare in un campo di studi così interessanti ma anche così poco determinati, l'importanza assunta dai centri nervosi del 3° ventricolo in rapporto anatomico e funzionale con la glandola ipofisaria, che per alcuni AA. avrebbero addirittura la preponderanza sulla regolazione delle funzioni che si considerano sottoposte all'azione specifica degli ormoni ipofisari. Probabilmente l'avvenire porterà ad armonizzare le teorie sulla base della correlazione funzionale vegetativa neuroglandolare. *N. d. R.*).

A. PICCINELLI.

Ricerche sperimentali sulla influenza della ghiandola timo nei riguardi della piastrinogenesi.

O. Bartoli e M. Mancini (*Minerva Medica*, febbr. 1929) partendo dall'azione osservata da uno di essi degli estratti timici sulla formazione del callo osseo, si sono proposti di studiare l'influenza degli estratti stessi (omologhi ed eterologhi) sulla genesi delle piastrine.

Pertanto in un primo gruppo di due conigli essi hanno iniettato ogni 4 o 5 giorni 1 cmc. di estratto fresco acquoso di timo omologo. In altri due conigli venne in egual maniera praticato un trattamento con timo eterologo. In un terzo gruppo di due animali venne praticata l'asportazione completa del timo per via chirurgica. In un ultimo gruppo fu praticato un trattamento quotidiano di siero umano fresco per poter controllare quanta parte avesse nei fenomeni osservati l'iniezione di proteine eterogenee. La conta delle piastrine venne praticata ogni quindici giorni con il metodo di Fonio. L'osservazione si protrasse per tre mesi.

Nel primo e nell'ultimo gruppo il numero delle piastrine passò in tre mesi da 200.000 a 500.000. Nel gruppo ad ipertimizzazione eterologa le piastrine salirono solo a 400.000. Nel gruppo a cui era stato asportato il timo, le piastrine discesero lentamente ed irregolarmente da 180.000 a 140.000.

Gli autori riferiscono solo il risultato delle loro esperienze non giudicandosi per ora autorizzati a conclusioni.

TORRIOLI.

SEMEIOTICA.

Esplorazione funzionale del fegato con la prova dell' iperbilirubinemia artificiale.

Kleinknecht e Dreyfus (*Paris Médical*, n. 4, 1929) osservano che l'eliminazione di una piccola quantità di bilirubina introdotta nella circolazione, viene fatta esclusivamente dal parenchima epatico e quest'eliminazione avviene tanto più lentamente quanto più la cellula epatica è malata.

Le esperienze di Eilbott hanno dimostrato che il tempo di eliminazione, in un uomo sano, a fegato intatto, è di 4 ore, mentre debbono essere considerati come patologici i casi nei quali la ritenzione di bilirubina sorpassa tale tempo.

Per la tecnica, si iniettano gr. 0,07 di bilirubina disciolta in 10 cmc. d'una soluzione di soda al 5 %, riscaldata a 80° in precedenza. L'iniezione, che va fatta con soluzione sempre molto fresca, si fa al mattino a digiuno, per via endovenosa. Per il dosaggio della bilirubinemia (metodo di Ernst et Forster), debbono essere fatte tre prese di sangue, per stabilire la curva di eliminazione: prima della iniezione, 3 minuti dopo e 3-4 ore dopo.

Eseguendo tale prova, per studiare le turbe epatiche in seguito alla narcosi eterea, è stato visto che la curva di eliminazione, normale prima dell'intervento, si prolunga sensibilmente dopo esso.

Anche nei casi operati di colecistite, la prova negativa prima dell'intervento, diventa positiva dopo la narcosi ed il tempo di eliminazione si prolunga fino a 6 giorni. Le lesioni parenchimatose del fegato nelle colecistopatie sono assai più frequenti di quanto non sembri. Si tratta quasi sempre di un certo grado di epatite, evolvente in maniera subdola e che un'influenza tossica (narcosi) può accentuare sino al punto di renderla palese.

A. P.

Sul meccanismo d'azione del solfato di magnesio nella prova di Meltzer-Lyon.

S. Famulari (*Morgagni*, n. 5, febb. 1929) ha fatto delle ricerche su molti ammalati, per chiarire il meccanismo d'azione del deflusso biliare, somministrando solfato di magnesio, secondo la tecnica di Meltzer-Lyon.

Ha inoltre iniettato, insieme al solfato di magnesio, pilocarpina ed atropina; e dal complesso delle ricerche, l'A. conclude che il solfato di magnesio, come le altre sostanze che agiscono direttamente per via locale, eccita il riflesso duodeno-cistico, con diversa intensità, e fa contrarre la colecisti in modo proporzionale allo stimolo; si determina contemporaneamente un rilasciamento della parete duodenale, e quindi dello sfintere di Oddi.

La pilocarpina da sola non possiede questa duplice azione; associata al solfato di magnesio, ne rinforza l'azione.

L'atropina annulla l'azione del solfato di magnesio.

La prova di Meltzer-Lyon, secondo l'A. è di notevole importanza in clinica, come sussidio diagnostico e terapeutico nelle litiasi biliari, nelle colecistiti croniche calcolose o non, come mezzo diagnostico nelle ulcere del duodeno, nei neoplasmi dell'ampolla di Vater, e nelle affezioni del pancreas, con alterazione della sua secrezione esterna.

CARUSI.

CASISTICA.

Patologia del diverticolo di Meckel.

La patologia del diverticolo di Meckel, come riferisce A. Alhaique (*Rinasc. Med.*, n. 7, 1928) è ancora oscura.

Esso è costituito dal canale vitellino, presente nell'embrione, e che al terzo mese si oblitera e si riassorbe. Se in alcuni casi esso resta pervio, allora si ha una fistola ombelicale nel neonato, da cui escono bolle di gas e muco più o meno tinto di materie fecali.

Vi può essere talora una persistenza parziale del canale, il quale può presentare tre eventualità: o essere completamente obliterato, costituendo un cordone fibroso tra l'intestino tenue e l'ombelico, causa possibile di strozzamento dell'intestino nell'età adulta; o essere permeabile verso la parte ombelicale, costituendo una fistola cieca ombelicale, od infine restar pervio verso il segmento aderente all'ileo, a distanza di cm. 15-30 dalla valvola ileo-cecale, costituendo il diverticolo di Meckel.

Esso si trova presente nel 2 % delle autopsie fatte, e può dar luogo a diverse lesioni, fra cui ricordiamo: casi di strozzamento interno e consecutiva peritonite; ernia semplice con diverticolo strozzato; volvulo per torsione del diverticolo su sè stesso; attorcigliamento della parte fibrosa del diverticolo attorno ad anse intestinali; inginocchiatura, trazione, intussuscezione dovute al diverticolo.

A queste alterazioni di natura meccanica, si devono aggiungere le forme infiammatorie, le diverticoliti, talora con presenza di ulceri emorragiche, per la presenza di rami terminali dell'arteria onfalo-mesenterica, e dell'ulcera peptica nel diverticolo, affezione molto rara a riscontrare.

Da questo rapido riassunto si ricava che nelle forme di occlusione intestinale acuta, e nelle forme dolorifiche dell'addome, febbrili, allorchè si può escludere un'affezione dell'appendice, bisogna pensare all'esistenza del diverticolo di Meckel, il quale può produrre una lesione a carattere meccanico, infiammatorio acuto, ulcerativo.

L'indagine radiologica può fornire utili indicazioni in simili casi.

CARUSI.

Le pericoliti di destra.

In generale, un dolore alla fossa iliaca destra è preso per appendicite; un tempo, si attribuiva invece al cieco. Oggi, si vede che non si devono trascurare l'ileo terminale, il colon ascendente e le formazioni peri-ileotiflocoliche.

J. Krief (*Journ. des praticiens*, 12 gen. 1929) osserva che le formazioni pericolitiche sono generalmente di origine infiammatoria e sono rappresentate da epiploiti aderenti e da pieghe siero-membranose.

Vi sono particolarmente soggette le donne. Clinicamente, la malattia si divide in 4 periodi: 1) latente di tolleranza; 2) di reazione dolorosa; 3) di decadenza (disturbi del transito digestivo e dello stato generale); 4) di asistolia cieco-colica, stasi intestinale cronica con reazioni generali.

Sono frequenti gli accidenti di ostruzione e di occlusione intestinale. Si possono avere: stasi duodenale, ulcera gastrica, accidenti epato-colecistitici, coliti da stasi.

La diagnosi clinica è assai difficile; bisogna pensarvi in tutti i disturbi del quadrante inferiore destro, senza sintomi netti. L'esame radiologico è indispensabile.

Le aderenze postoperatorie sono determinate da un trauma del peritoneo viscerale o parietale.

Il trattamento preventivo consiste nel sopprimere la causa primitiva di infezione (colite o appendicite). Il trattamento curativo sarà anzitutto medico. Regime alimentare con riso, paste, patate, brodi magri, farine diverse, frutta cotta, in seguito prosciutto e carni arrostite. Sul principio, non albuminoidi nè leguminose, che putrefanno ed aumentano la quantità dei prodotti tossici. Mangiare lentamente, idroterapia, massaggio; proscrivere i purganti e dare invece i semi di lino, l'olio di vaselina.

Contro i dolori, la belladonna è l'ottimo rimedio, anche a dosi deboli di una goccia di tintura prima dei pasti. Utile può essere il carbone. Talvolta si hanno successi coi raggi ultravioletti ed infrarossi e con le cure idropiniche.

In generale, la cura medica dovrebbe bastare. Si potrà intervenire chirurgicamente se si producono degli incidenti di occlusione.

fil.

Gli ossiuri nell'etiologia dell'appendicite.

Ssolowjew (*Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*, 1928, n. 1) espone le sue ricerche sistematiche intese ad accertare la presenza degli ossiuri in 144 appendici appartenenti ad individui operati perchè sofferenti di sindromi appendicolari.

Ha riscontrato gli ossiuri in 67 appendici ossia nel 45.53 % dei casi, cifre che corrispondono a quelle date da altri autori che hanno fatto ricerche analoghe.

Gli ossiuri erano spesso raggruppati all'ingresso dell'appendice, il che confermerebbe la ipotesi che essi cercano di abbandonare l'organo a misura che l'appendice si raffredda.

I parassiti si applicano, come alla mucosa del colon, anche alla mucosa dell'appendice, e si nutrono del sangue stravasato per diapedesi in conseguenza dell'azione d'un fermento secreto dagli ossiuri.

Le lesioni che si riscontrano sono: erosioni accompagnate di solito da un frammento di mucosa tagliata a forma di cono dall'estremità cefalica dei parassiti. Queste erosioni possono penetrare fino alla sottomucosa, ed anche alla muscolare ed alla sierosa, il che spiega come gli ossiuri si trovino talvolta nel peritoneo. In certi casi gli ossiuri si trovano dentro i follicoli linfatici.

E' ovvio che tutte queste lesioni possono essere il punto di partenza di un'appendicite.

Nelle appendici esaminate l'A. ha trovato una volta un tricocefalo che era penetrato nella sottomucosa e provocava un'infiltrazione purulenta, sedici volte peli, nove volte grani diversi, undici volte calcoli stercoracei, cinque volte spine di pesci.

Tutti questi corpi estranei erano più frequenti quando contemporaneamente erano presenti gli ossiuri.

DR.

Appendiciti false e vere durante l'amebiasi.

P. Carnot (*Journ. des pratic.*, 14 apr. 1928) osserva che raramente (in Francia) si notano delle amebiasi appendicolo-cecali con sintomatologia tifo-appendicolare ad andamento di perforazione. L'operazione è talora inevitabile, ma è gravissima per il carattere necrotico delle lesioni amebiche. Ad ogni modo, un trattamento medico energico, per via endovenosa, sarà da farsi non appena fatta la diagnosi di amebiasi.

Assai più spesso si osservano delle amebiasi larvate, che simulano l'appendicite e sono, come essa, operate. In tali casi, invece, l'operazione è inutile, poichè la cura medica (emetina, arsenicali, yatren) risulta efficace, mentre invece l'atto operatorio potrebbe determinare un attacco acuto di amebiasi.

Si deve dunque diffidare, non soltanto delle amebiasi sconosciute, a cui non si pensa mai abbastanza, ma anche della tendenza attuale di sospettare sempre l'appendicite e di operare in conseguenza.

Il trattamento medico, in tali casi, è sicuro e rapido ed è la vera pietra di paragone. Lo si istituirà sempre per una settimana prima di procedere all'operazione per l'appendicite, quando si abbia il sospetto di amebiasi.

fil.

TERAPIA.

Reinfusione di sangue.

Filatow ha raccolto dalla letteratura 538 casi per gravidanza extrauterina e 36 per malattie chirurgiche trattati con tale mezzo.

Kreuter è stato il primo ad applicare il metodo in ginecologia. In questi ultimi 6 anni si è avuto occasione di trattarne altri 12 casi nel reparto chirurgico di Norimberga diretto da Kreuter e riguardano casi di rottura della milza, di rottura del fegato, di rottura del mesentere.

La tecnica consiste nel raccogliere il sangue dalla cavità peritoneale, aggiungervi della soluzione di Ringer e dopo filtrazione su garza iniettarlo nella vena mediana del cubito. Si può aggiungere del citrato di sodio. La quantità di sangue reinfuso è stata tra 150 e 1300 cmc.

Raramente in questi operati si ha emoglobinuria. Le ricerche ematologiche fanno seguire il quadro fino ai valori normali.

In 9 casi si ebbe la guarigione, in tre la morte per le condizioni inerenti alla causa della emorragia.

(Dannheisser. *Zentr. f. Chir.*, 1928, n. 46).

R. BRANCATI.

Un'altra operazione di Trendelenburg per embolia della polmonare seguita da successo.

Meyer (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 152, pag. 97, 1928) ha eseguito altri due interventi per embolia della polmonare. Nel primo caso, a operazione ultimata, a causa di una pinza, si aprì la pleura e il pneumotorace improvviso portò a morte la paziente. All'autopsia si rilevò che l'embolo era stato asportato completamente.

Nel secondo caso l'operazione fu seguita da successo completo.

Per quanto riguarda la tecnica seguìta, questa è la stessa da lui usata nei casi precedenti e già descritta.

VALDONI.

L'applicazione delle mignatte come profilassi contro la trombosi e l'embolia postoperatoria.

Henschen (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 152, pag. 103, 1928) usa questo metodo negli operandi in cui si possa temere questa complicazione (individui anziani, adiposi, con varici, ecc.). L'azione è più o meno intensa a seconda della quantità di irudina prodotta dalla mignatta. Le ricerche hanno dimostrato che il tempo di emorragia viene prolungato raggiungendo un massimo al 3° giorno, il potere di coagulazione è diminuito, il fibrinogeno aumenta e aumentano pure le globuline.

Nella discussione Fründ consiglia di adoperare preparati tiroidei perchè gli ipotiroidei sono gli individui che più facilmente vanno incontro a questa complicazione.

Kümmel consiglia di somministrare grandi quantità di liquidi anche endovenosamente e di provvedere a far alzare precocemente dal letto gli operati.

VALDONI.

Sulla trombosi postoperatoria e sulla sua cura con l'applicazione di mignatte.

Sulger e Bozsin (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 152, pag. 94, 1928) hanno eseguito ricerche sulle variazioni del sangue dopo le operazioni. I leucociti e le piastrine aumentano, la velocità di sedimentazione è aumentata, il tempo di emorragia e il tempo di coagulazione non variano in modo costante. L'applicazione di mignatte non fa variare affatto o solo in minima parte il tempo di emorragia, di coagulazione, ecc., nè influenza le variazioni osservate nel periodo postoperatorio. Gli AA. concludono che l'effetto terapeutico osservato con l'applicazione delle mignatte dipende, con tutta probabilità, soltanto dal salasso per sè stesso.

VALDONI.

VARIA.

Le origini del microscopio.

Dal discorso inaugurale della Mostra storica dell'Ottica a Padova, tenuto dal prof. Arturo Castiglioni e di cui avemmo, a suo tempo, ad occuparci, riportiamo quanto appresso:

Non furono inventori del microscopio quei molti ed ignoti che pensarono semplicemente di guardare attraverso delle lenti oggetti assai piccoli per ingrandirli alla vista: tale titolo spetta a colui che costruì per il primo un *sistema* di lenti e lo indicò come *mezzo di studio*.

I primi istrumenti che servirono a questo scopo furono semplicemente dei corpi trasparenti e rifrangenti a superficie curva e furono noti certo fino da tempi antichissimi. Layard trovò nelle rovine di Ninive una lente piano-convessa di cristallo di rocca: sappiamo da Plinio che i Romani conoscevano le lenti, e Seneca descrive esattamente l'ingrandimento che si può ottenere osservando delle lettere attraverso vasi sferici riempiti d'acqua. Dalla descrizione del medico arabo Alhazen (1052) e di Ruggero Bacone (1267) sappiamo che era nota ai loro tempi la rifrazione attraverso corpi convessi. Bacone parla chiaramente di lettere osservate attraverso corpi di cristallo, di vetro o di altra sostanza trasparente che rappresentano il segmento di una sfera del quale la parte convessa è rivolta verso l'occhio dell'osservatore.

Da queste prime nozioni derivò, come è noto. la fabbricazione degli occhiali, intorno alla cui origine fu così ampiamente discusso, ed è parti-

colarmente grazie agli studi del nostro illustre Albertotti — che mi dolgo sia impedito per indisposizione di prender parte a questa adunanza, nella quale egli avrebbe potuto con la sua dotta parola illustrare la sua opera diligentissima — che fu dimostrato come la fabbricazione degli occhiali si debba probabilmente ai Veneziani e come certamente, assai prima dell'epoca nella quale si vuole attribuirne l'invenzione a Salvino degli Armati, gli occhiali venissero fabbricati e venduti a Venezia.

È verso il principio del '600 appena che dalle cognizioni ottiche alle quali abbiamo accennato sommariamente, si giunge alla fabbricazione del microscopio composto ed è certo che a quest'invenzione noi dobbiamo un vero e proprio sconvolgimento non solo nell'indirizzo degli studi sperimentali e di quelli che traggono fondamento dalla diretta osservazione della natura, ma anche in tutto l'orientamento delle umane conoscenze.

A chi si soffermi a studiare particolarmente l'evoluzione della cultura nel '600 apparisce più che mai evidente come e quanto fedelmente in essa si rispecchino le tendenze dei tempi e come essa segua le grandi linee tracciate dagli avvenimenti politici e sociali e dai rivolgimenti spirituali di questo periodo. Periodo tempestoso nel quale affiorano germi di nuove idee, e alle rivoluzioni politiche contro la dominazione straniera si accompagnano le ribellioni contro i vincoli imposti dalle indagini; periodo nel quale l'Italia attraversa anche una grave crisi economica, poichè la scoperta dell'America aveva necessariamente diminuito l'importanza marittima dei porti italiani, i traffici seguivano nuove vie ed il commercio di quasi tutta Europa aveva trovato nuovi sbocchi. È questo il periodo storico nel quale l'Olanda e l'Inghilterra si avviano alla massima floridezza della loro potenza marittima e nello stesso tempo è in questi paesi che le scienze trovano i loro maggiori cultori e che la medicina ha il suo più fiorente sviluppo.

L'Italia che nel tempo dell'Umanesimo aveva felicemente preparato, con larga e diffusa cultura dell'antichità classica, il terreno agli studi seri e profondi, alle indagini severe ed alla critica arguta, combatte nel campo della scienza come in quello politico le lotte più gravi. Il movimento rivoluzionario che la Riforma in nome della fede rinnovellata e della libertà di coscienza aveva accese, aprendo il varco a nuove idee con l'attacco alle costruzioni politiche medioevali, ebbe in Italia un analogo movimento nella larga opposizione sollevata da uomini che pur senza sortire dall'orbita del cattolicesimo ne intaccarono alcuni essenziali principi politici. La Riforma in Italia si mantenne essenzialmente in un ambito scientifico: e matematici e fisici e meccanici e anatomisti e fisiologi segnano le nuove vie alla storia della civiltà.

L'idea animatrice fu quella di Galileo, la cui individualità gigantesca domina tutta quest'epoca storica. E mentre gli studi astronomici per merito delle sue ricerche svelano mondi ignoti agli esegeti biblici; e nel campo della fisica, della matematica, della chimica si sviluppa un'attività febbrile che presto porta a risultati meravigliosi; e nel campo della zoologia e della botanica nuove ricerche e nuovi studi avviano a una sempre più perfetta conoscenza delle leggi della natura, tutta la scuola del metodo di osservazione e di controllo scientifico si afferma sul suo esempio. Galileo è il primo a porre le fondamenta alla costruzione del metodo sperimentale; egli afferma la necessità di esaminare i fatti alla luce della critica e tentare di riprodurre i fenomeni già noti mediante esperimenti, ricercandone non solo le cause, ma in prima linea la spiegazione. La grandezza della concezione di Galileo consiste in ciò che egli non si accontenta, come Bacone, di scoprire le ragioni di un fatto e i motivi che lo determinano, ma vuol ricercare la legge, legge esatta e matematica, che regola i fenomeni: « La natura è scritta in lettere matematiche » afferma il glorioso veggente di Arcetri; e così, continuando idealmente la visione di Leonardo da Vinci, che si era coraggiosamente avviato sulla medesima strada, egli stabilisce che la percezione dei sensi senza il controllo del ragionamento è fonte di infiniti errori altrettanto come il puro raziocinio che non sia suffragato dall'esperimento.

In questo smisurato desiderio di sapere, in questa sete tormentosa di penetrare nei segreti della natura, si acuisce quasi il desiderio di un perfezionamento degli organi dei sensi, di un ampliamento della possibilità di vedere, di studiare, di indagare. Ed è quest'epoca che fornisce alla scienza la più preziosa tra le sue armi di ricerca e di battaglia: il microscopio. Quegli studi di fisica e di scienze naturali ai quali abbiamo accennato, quel faticoso lavoro di critica oggettiva, quell'affannosa ricerca del come e del perchè che palpita negli scritti di Bacone, freme nell'animo di Giordano Bruno, esalta lo spirito di Cartesio, domina l'inquieto pensiero di Galileo, creano quasi la necessità di istrumenti più perfetti coi quali l'uomo possa ricercare nel campo dell'infinitamente grande e dell'infinitamente piccolo il mistero della natura. Galileo foggia ambe le armi alla ricerca: a lui si deve la scoperta del telescopio, a lui indubbiamente l'idea più precisa del microscopio.

Abbiamo detto che fino dal Trecento si fabbricavano in Venezia lenti piano-convesse e biconvesse con le quali si potevano ottenere sufficienti ingrandimenti, ma da questi ingrandimenti ottenuti con lenti da occhiali non si trasse alcun vantaggio per lo studio della natura.

La scoperta del cannocchiale e le scoperte celesti di Galileo attirarono l'attenzione degli studiosi sulle lenti e sulle loro proprietà e la prova di questo fatto è fornita da un documento stampato nel 1610 e dedicato a Enrico Wotton, ambasciatore inglese a Venezia. Ne è autore lo scozzese Giovanni Wodderborn, allievo di Galileo, il quale scrive: « Ho udito pochi giorni addietro lo stesso Galileo raccontare all'Ecc.mo Cremonino, filosofo porporato, varie cose meritevolissime d'essere risapute e fra le altre in qual modo egli distingue perfettamente col suo cannocchiale gli organi del moto e quelli dei sensi nei minimi animaletti, particolarmente in un certo insetto che ha ciascun occhio ricoperto di una membranella alquanto grossa, la quale però, forata per sette pertugi a mo' della visiera di un guerriero catafratto, lascia libera la via alle specie visibili. Ecco una prova che gli occhiali concentrando i raggi ingrandiscono gli oggetti ».

Ecco il primo esame microscopico veramente scientifico del quale noi abbiamo notizia. Non è dunque più possibile negare a Galileo l'invenzione di un microscopio composto fino dal 1610 e l'applicazione di esso allo studio. Nel 1624 l'Aleardo scriveva da Roma a Mr. de Peiresc: « Mi disse Galileo d'aver trovato un occhiale che moltiplica le cose minute forse 50 volte, di modo che una mosca si vede grande come una gallina ». Nello stesso anno Galileo costruiva e consegnava al Cav. di Zoller per il Duca di Baviera un bellissimo « occhialino per ingrandire gli animaletti », ed un altro ne fece per il Principe Cesi, affermando che gli era stato difficile eseguire la combinazione delle lenti e che aveva dovuto durare non poca fatica.

Il Faber accompagnando la spedizione di uno di questi occhialini di Galileo così scrive: « Ho detto al signor Galileo che esso era un altro creatore, atteso che fa apparire cose che finora non si sapeva fossero state create ».

Il microscopio di Galileo era secondo ogni probabilità composto di una lente convessa e di una concava: sappiamo infatti dalle descrizioni che esso era un istrumento che si doveva poggiare in terra e « non era di maggiore altezza di una tavola da mangiare ». Questa descrizione conviene assai più ad un cannocchiale adoperato come microscopio, che ad un microscopio a due lenti convesse.

E a questo punto occorre subito rilevare come l'errore nel quale troppo spesso si è caduti dipende dalla confusione del microscopio semplice col microscopio composto. Se infatti furono microscopi semplici le lenti che servivano ad ingrandire gli oggetti, è già nei tempi più antichi che noi dobbiamo ricercarne l'origine.

Non è qui il caso di esaminare le pretese messe innanzi da Pietro Borel in favore dell'olandese Jansen: pretese che vennero avanzate appena nel 1655, mezzo secolo dopo la invenzione, nè quelle del Fontana nel 1646.

Coloro che dopo Galileo fecero microscopi con due lenti, una convessa ed una concava, non furono che i suoi imitatori. Nella metà del secolo scorso, uno dei più grandi fisiologi moderni, il Bruecke, indicò la costruzione di quella lente che è ancora oggi nota col nome dell'autore e che altro non era che un perfezionamento del microscopio galileiano. Il Bruecke stesso affermava: è chiaro che essa deriva dai medesimi principî dai quali deriva il cannocchiale di Galileo. Il microscopio composto altro non è che un cannocchiale astronomico, il cui obiettivo ha un foco cortissimo; se invece si dà un foco assai corto all'obiettivo di un cannocchiale galileiano, se ne ottiene le lenti descritte poco anzi.

Artefice e filosofo, pensatore e scienziato, fondatore primo e vero della scienza sperimentale, Galilei vide con i suoi occhi mortali oltre gli umani limiti ciò che nessuno aveva veduto prima di lui e seppe scernere le leggi dell'infinito ed il ritmo dei pianeti e scoperse forse per il primo, vedendo le cose infinitamente piccine, la via per penetrare nei segreti del microcosmo. Così nella sua mente si unirono, nella concezione geniale, nell'inesausto amore dello studio, in perfetta armonia le cose più lontane oltre i limiti della visione e della conoscenza.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Iperidrosi locale o efidrosi. - All'abb. n. 6290:

Potrà consultare il seguente lavoro, corredato di dati bibliografici: ARTOM: *Sull'iperidrosi sistematizzata.* Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia, 1927, fasc. III, p. 982.

V. MONTESANO.

All'abb. n. 7976-1:

Non è a nostra conoscenza che esista un periodico di scienza e pratica della medicina nel Congo belga. C. BASILE.

All'abb. n. 3963-1:

Un ottimo trattato italiano moderno di Medicina Legale è quello del BORRI.

Come compendi possono utilmente consultarsi quelli del CEVIDALLI e dell'ASCARELLI.

S. DIEZ.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE

XV. - Limiti e condizioni di esercizio del potere straordinario attribuito ad alcuni comuni.

Ai comuni di Roma, Napoli, Milano furono attribuite, e poi sono state estese a molti altri comuni, facoltà straordinarie di riordinamento degli uffici e dei servizi e, conseguentemente, di dispensa degli impiegati e di nuove nomine.

I provvedimenti che queste facoltà hanno attribuito, non sono, tutti, completamente identici, almeno per lo scopo concreto e specifico espressamente dichiarato e, quindi, per l'ampiezza e i limiti del potere di disposizione. Per Napoli sembra certamente compresa una finalità di epurazione; in altri casi (per es. Reggio Calabria) la facoltà è esplicitamente coordinata alle necessità dipendenti dall'aggregazione di alcuni comuni e, quindi, dalla sistemazione dei servizi e dal riordinamento organico del personale anche in considerazione dei rapporti di impiego nei quali il comune succedeva.

Ma l'applicazione pratica, non ostacolata dalla giurisprudenza, non ha tenuto conto di queste differenze ed ha ricondotto le facoltà nascenti dai vari provvedimenti ad un denominatore comune, allargandone, come vedremo, i confini tanto da rendere necessario un freno per evitare più gravi eccessi.

Un impiegato del comune di Milano (Luraschi) era stato dispensato dal servizio per motivi inerenti alla persona; ma la V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 13 aprile 1928, annullò quel provvedimento osservando che la facoltà straordinaria di licenziamento, con qualsiasi forma, era circoscritta e presupponeva una modificazione obbiettiva che, per se stessa, rendesse necessaria la risoluzione del rapporto di impiego. Si escludeva così che potessero essere deliberate dispense dal servizio per valutazioni subbiettive (inidoneità, scarso rendimento, ecc.).

Questa risoluzione ci parve corretta ed encomiabile, per la generalità dei casi, eccettuata, si intende, l'applicazione di quei provvedimenti che avevano più ampia finalità, per scopi di epurazione.

Ma successivamente il Consiglio di Stato si è allontanato da questo criterio direttivo ed ha ammesso che il licenziamento può essere deliberato, indipendentemente da cause obbiettive, per motivi di salute, per scarso rendimento, ecc. La facoltà straordinaria, già *così intensa*, potendo essere esercitata in deroga a qualsiasi norma di legge o di regolamento, si è sviluppata anche in *estensione*.

Ma la giurisprudenza ha stabilito alcune regole correttive, per evitare eccessi e deviazioni. Malgrado la eccezionale intensità del potere, che non trova ostacolo nè in diritti acquisiti nè in norme giuridiche generali o speciali, è stato deciso che i *motivi di salute* devono essere *accertati positivamente* e, quindi, possono essere controllati anche dagli organi giurisdizionali. Non basta che l'autorità comunale provveda, motivando; è necessario che la inidoneità, per condizioni di salute, sia *accertata*.

È stato poi ammesso che il *diritto di difesa* deve essere sempre rispettato: contestazione dei motivi con termine per le difese orali o scritte.

Il Consiglio di Stato ha considerato che la facoltà di derogare a qualsiasi norma giuridica non pregiudica il diritto di difesa, che è fondamentale e indefettibile, anche se non espresso, come dichiarò il Capo del Governo in occasione di una legge che attribuiva ampi poteri di epurazione.

Per difetto di contestazione, sono state annullate molte deliberazioni di dispensa. Non occorre indicare singole decisioni, perchè si tratta di un principio applicato costantemente.

Alcune amministrazioni avevano creduto di poter dispensare dal servizio, senza indicare motivi, richiamando soltanto la facoltà straordinaria. Ma questo eccesso fu subito paralizzato e il Ministero dell'Interno emanò precise e chiare istruzioni per evitare recidive. Quindi: accertamento delle condizioni di salute, quando ne sia il caso; contestazione; motivazione, sia pure generica.

Caratteristica di questo potere è, certamente, una discrezionalità ampia, la quale è però dominata dal sindacato di legittimità.

Se, per es., è deliberata la dispensa per scarso rendimento e i precedenti di carriera sono in contrasto con siffatto apprezzamento, il provvedimento è viziato da eccesso di potere. Applicando questi criteri, la V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 22 marzo 1929, prima di giudicare definitivamente circa la dispensa dal servizio del segretario capo del comune di Reggio Calabria, motivata da « condizioni di salute e scarso rendimento » ha ordinato al Comune di esibire gli atti concernenti l'accertamento della infermità e il fascicolo personale dell'impiegato al fine di stabilire se il motivo ha consistenza nella realtà.

Le benemerenze di guerra, costituenti titolo di preferenza, non sono di ostacolo all'esercizio della facoltà di dispensa; ma *il rendimento* dei mutilati e degli invalidi deve essere considerato in relazione alla capacità di lavoro che ad essi è possibile.

Questi, in sintesi, i criteri applicati dalla giurisprudenza. La prima risoluzione corrispondeva forse meglio all'obbietto e alla finalità di alcuni provvedimenti; il successivo indirizzo ha molto allargato i confini della facoltà, ma ne ha condizionato e regolato l'esercizio ed ha reso possibile un sindacato di legittimità marcato e penetrante.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Denunzia degli aborti.

Il Ministro degli Interni ha diramato ai Prefetti del Regno una circolare riguardante la denunzia degli aborti ed altri provvedimenti contro l'aborto illecito. La circolare dice fra l'altro:

« *La denunzia degli aborti deve essere fatta soltanto dal medico.* — L'art. 9 della legge 23 giugno 1927 stabilisce che la denunzia al medico provinciale deve essere fatta dagli esercenti la professione medico-chirurgica, entro due giorni per ogni caso di aborto per il quale essi abbiano prestato la loro opera o del quale siano venuti comunque a conoscenza nell'esercizio della loro professione.

Ne consegue quindi:

a) che la levatrice non ha obbligo di denunziare gli aborti.

L'art. 10 della legge infatti prescrive tassativamente che la levatrice debba ricorrere all'opera del medico non appena nell'andamento della gestazione, del parto o del puerperio riscontri qualsiasi fatto irregolare. Se ne deve, quindi, dedurre che non solo è vietato alle levatrici di procedere di loro iniziativa ad atti ed operazioni dirette ad interrompere la gravidanza, ma che, sempre che dall'esame della gestante, dette esercenti si accorgano di qualche sintomo che faccia prevedere la possibilità dell'aborto spontaneo, debbano ricorrere all'opera del medico. Dovendo quindi intervenire il medico tanto nei casi in cui occorra interrompere la gravidanza, quanto negli aborti spontanei, ne deriva logicamente, che l'obbligo della denunzia non poteva che essere riservato al medico. Ciò, per altro, non toglie che, sotto altra forma, l'obbligo della comunicazione all'autorità sanitaria dei casi di aborti sussista anche per le levatrici. L'art. 4 del Regolamento per l'esercizio ostetrico delle levatrici, approvato con R. D. 6 dicembre 1928, n. 3318, infatti, fa obbligo alle levatrici di annotare i parti e gli aborti ai quali abbiano assistito, in separati registri da sottoporsi mensilmente al visto dell'ufficiale sanitario;

b) la denunzia deve essere fatta soltanto per gli aborti di cui il medico è venuto a conoscenza nell'esercizio diretto della sua professione.

Quando un medico assista ad un aborto, oppure procedendo per altre ragioni alla visita di una donna rilevi che la medesima abbia abortito, deve fare denunzia al medico provinciale;

c) il medico invece, quando a termine dell'art. 10 della legge sia stato invitato dalla levatrice a prestare la propria opera in occasione di un aborto, anche se per rifiuto della gestante o dei suoi famigliari o per altre ragioni, l'opera professionale non abbia effettivamente prestato, è tenuto alla denuncia: in questo caso l'evento è venuto a sua conoscenza nell'esercizio della professione e, pertanto, ricorrono gli estremi di legge per la denunzia;

d) la denunzia medica deve essere fatta entro due giorni dall'aborto. Questa circostanza di legge ha particolare importanza ai fini degli eventuali accertamenti giudiziari e sarà quindi opportuno che, a mezzo degli Ordini e dei Sindacati professionali, sia richiamata su di essa la speciale attenzione dei medici esercenti. E poichè l'art. 9 della legge in caso di contravvenzione a quanto in detto articolo si contempla commina la pena pecuniaria fino a lire mille, sarà opportuno che i medici-chirurghi abbiano presente che si incorre nella contravvenzione non soltanto quando si omette la denunzia, ma anche quando si faccia fuori termine.

È evidente in proposito che l'obbligo del segreto sussiste, non solo per il medico, il quale del resto vi si uniformerebbe egualmente, anche nel silenzio della legge, per ovvie considerazioni di galateo e di opportunità professionale; ma anche, e specialmente, pei funzionari cui compete l'esame e l'eventuale ulteriore corso della denunzia.

La denunzia medica non ha scopo statistico. Essa è diretta, da una parte a costituire una remora per quei sanitari, per fortuna assai rari, che fossero dimentichi degli altissimi doveri morali e sociali che si connettono alla loro nobilissima missione; dall'altra a fornire alle competenti autorità gli elementi necessari per potere efficacemente esercitare la loro azione per la repressione delle illecite pratiche abortive.

L'obbligo della denunzia medica degli aborti offre inoltre il mezzo di esercitare un oculato controllo sulla diligenza con la quale gli esercenti la professione medica in genere nei Comuni minori, ed in ispecie coloro che più propriamente si dedicano al ramo dell'ostetricia nelle città, ottemperano allo speciale obbligo loro fatto dalla legge.

È evidente che la generalità dei medici, conscia del proprio dovere, non mancherà di uniformarsi sempre all'obbligo della denunzia: di fronte, però, a questa eletta maggioranza degli esercenti la professione, sta un ristrettissimo numero che tale dovere non sente. È da presumere, per ovvie considerazioni, che coloro che eventualmente si prestino a pratiche delittuose eviteranno di fare la denunzia degli aborti al medico provinciale per non offrire il destro all'intervento della pubblica autorità. Occorre quindi che gli uffici provinciali di sanità tengano sempre bene aggiornato il registro che, a norma dell'art. 65 del Reg. Gen. Sanitario, deve esistere in ogni Prefettura, dei medici della Provincia; che sorveglino quelli dei suddetti esercenti, che per la scarsità delle fatte denunzie,

offrano il sospetto di voler stornare l'attenzione delle autorità sanitarie sulla loro attività professionale, e i nomi di tali esercenti comunichino all'Ufficio provinciale di P. S. affinchè a mezzo degli organi direttamente dipendenti e dell'Arma dei RR. CC. esercitino la dovuta vigilanza sui detti esercenti, tra i quali potranno con maggiore probabilità rinvenirsi coloro che hanno l'abitudine ad eludere la legge penale. Particolare attenzione meritano a questo riguardo quei sanitari che siano già incorsi in procedimenti penali, comunque conchiusi, per procurato aborto, o che siano dalla pubblica voce designati come abitualmente dediti a pratiche abortive, o che, comunque, siano sospetti per i loro precedenti morali.

La legge (art. 9) fa obbligo alle cancellerie giudiziarie di comunicare al prefetto le sentenze passate in giudicato di condanne per mancata denunzia di aborto. Il Prefetto, a sua volta, ha l'obbligo di comunicare tali sentenze all'Ordine dei medici per l'esercizio dei poteri disciplinari in confronto dei sanitari che ne siano oggetto ».

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

APRICA (*Sondrio*). — Scad. 30 apr.; L. 8500 oltre L. 400 uff. san.; in corso d'approvaz. aumento a L. 10.000 e L. 1000 rispettivam. L. 300 indenn. trasferta; quinquenni decimo; tassa L. 50,15; età mass. 40 a.; serv. entro 15 gg.

BARBERINO DI MUGELLO (*Firenze*). — Scad. 20 apr.; per Galliano; L. 8500; addizionale; indennità cavalc.

BARI. *R. Prefettura.* — Ufficiale Sanitario. Per titoli ed esami. Consorzio: Triggiano, Capurso, Valenzano, Cellamare. Abitanti comples. 22759. Superficie ett. 5766. Stipen. L. 15.000. Divieto lib. eserc. Età limite a. 45. Documenti usuali. Scad. 30 maggio. Chiedere annunzio Prefettura.

ID. *R. Prefettura.* — Ufficiale Sanitario. Per titoli ed esame. Consorzio Modugno-Bitritto. Abitanti complessivi 17436. Superficie ettari 5348. Stipen. L. 15.000 con 4 aum. quadrienn. del decimo. Divieto libero esercizio. Età limite anni 45. Documenti usuali. Chiedere annunzio Prefettura.

BERNEZZO (*Cuneo*). — L. 8000 oltre L. 700 uff. san., L. 500 trasp.; ab. 3400; iscritti 150. Scad. 30 apr.

BUSTO ARSIZIO (*Milano*). — Medico Scolastico. Per titoli. Stipen. L. 12.000 con 5 aumen. quadriennali del decimo. Indenn. serv. attivo L. 2000 più caro viveri. Età massima anni 35, salvo eccezioni di legge. Preferenza possessori titolo special. Pediatria. Tassa L. 50,15. Domande e chiarimenti locale Segreteria Municipale.

CASTRI DI LECCE (*Lecce*). — L. 9500 e 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a. Scad. 20 apr.

CESENA. *Municipio.* — Direttore del Dispensario anticeltico; L. 9000 comprensive di ogni indennità; nom. biennale senza diritto a stabilità; età lim. 45 a.; scad. 20 apr.; tassa L. 50; chied. annunzio.

ENNA. *Congregaz. di Carità.* — Direttore dell'Ospedale Umberto I; L. 18.000 e 45 % operaz. chirurg.; proroga 30 apr., ore 18; età lim. 55 a.; tassa L. 50,15; titoli ed eventualm. esame. Doc. a 3 mesi. Chied. annunzio.

MOLINELLA (*Bologna*). — Scad. 20 apr.; L. 8000 per 800 iscritti; addizionale L. 3; trasp. L. 500-3000; c.-v. L. 850; eventualm. direz. Ricovero Vitt. Em. L. 1000.

MONTECOSARIO (*Macerata*). — Scad. 19 apr.; 2ª cond.; L. 8000 e 3 quadrienni dec., c.-v., L. 500-2500 trasp., L. 800 uff. san.; età lim. 39 a.; tassa L. 50,10.

MOTTA S. ANASTASIA (*Catania*). — L. 8700 e 4 quinquenni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.10; doc. poster. al 31 mar. (*sic*). Chied. annunzio.

NOVARA. *Consorzio Provinc. Antitubercolare.* — A tutto 30 apr. Medico direttore del Dispensario Antitubercolare; L. 20.000. È consentita la consulenza professionale. Nomina annuale e successive conferme quadriennali. Informazioni presso la Segreteria del Consorzio, Palazzo del Governo.

PIACENZA. *R. Prefettura.* — Uff. san. del capoluogo; L. 17.000 oltre L. 3000 indenn. carica, 5 trienni e 1 quinquennio dec. Scad. 30 apr.

ROMA. *Governatorato.* — Direttore dell'Ufficio di Igiene e ufficiale sanitario della città di Roma. Proroga 20 maggio.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — Concorsi per esami e titoli a 14 aiuti medici, 7 aiuti chirurghi e 3 aiuti patologhi; scad. ore 16 del 5 giu. Età lim. 35 a. Due anni di assistentato negli Ospedali Riuniti di Roma e dichiarazione finale di idoneità. Tassa L. 50. Stip. L. 7300 oltre c.-v. Rivolgersi Segreteria. Chiedere annunzio.

TREVISO. *Istituto Esposti.* — A tutto 10 maggio. Direttore sanitario del Brefotrofio; L. 6100 lorde e 5 quadrienni 10 %; eventuale indennità c.-v.; emolumenti per dozzinanti; professione libera compatibilmente colle esigenze di servizio. Per informazioni rivolgersi alla Presidenza.

VERONA. *Consorzio Provinc. Antituberc.* — Direttore Tecnico Sanitario; v. fasc. 14. Scad. 30 apr.

VERUCCHIO (*Forlì*). — Scad. 18 apr., 1° rep.; L. 10.000 oltre L. 2000 cav., L. 500 uff. san., 10 bienni ventes., c.-v.; direz. Ospedale; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

VICENZA. *Amministraz. Provinc.* — Assistente alla Sez. Batteriolog. e Med.-Micrograf. del Laboratorio Prov. d'Ig. e Profilassi; L. 12.000 e 5 quadrienni dec.; serv. att. L. 1750; compartecipaz.; riconoscim. parz. servizi anteriori; esame e titoli. Scad. 31 mag. Rivolgersi Segret. Comun. Età lim. 35 a. Tassa L. 50,15. Doc. a 3 mesi dal 7 apr. Chied. annunzio.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Cura di postumi dell'e. l.

Il dott. Miliani ha stanziato un premio di lire 100.000 per chi guarirà un caso non grave di postumi di encefalite letargica.

Per informazioni rivolgersi al dott. Antonio Miliani, via Jappelli 5, Padova.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Sono abilitati alla libera docenza in:

Anatomia e Istologia patologica: Battaglia Filippo, Guccione Filippo, Vigi Ferruccio; *Batteriologia e Immunologia*: Dechigi Melchiorre, Franza Roberto; *Chimica e Microscopia clinica*: Bufano Michele, Cannavò Letterio, Lucchini Carlo, Volterra Mario; *Clinica chirurgica*: Gargano Claudio; *Clinica dermosifilopatica*: Mucci Antonio, Oro Augusto; *Clinica delle Malattie nervose e mentali*: Bolsi Dino, De Giacomo Umberto, Graziani Aldo; *Clinica Ostetrico-ginecologica*: Alemanni Renato, Amati Guido, Badino Paolo, Cattaneo Luigi, Consoli Donato, Giavotto Giuseppe, Manzi Luigi, Nomigliano Emanuele, Orsini Attilio, Patti Francesco, Piccioni Luigi, Superbi Carlo; *Clinica oto-rino-laringoiatrica*: Carcò Paolo, Carnevale Ricci Francesco, Giussani Mario, Salvadori Giuseppe, Silvagni Mario; *Patologia coloniale*: Dal Favero Ernesto; *Patologia esotica*: Sangiorgi Giuseppe; *Patologia speciale chirurgica*: Ascoli Manfredo, Calissano Giovanni, Carmona Luigi, Chiurco Giorgio Alberto, Delitala Palmerio, Lo Cascio Vincenzo, Nicastro Giuseppe, Radice Leonardo, Romiti Zosimo, Segre Giulio, Tinozzi Francesco Paolo; *Patologia speciale medica*: Alessio Francesco, Berri Pietro, Chimisso Luigi, Da Rin Oliviero, Esposito Alessandro, Fontana Luigi, Menasci Raffaele, Muggia Adriano, Orsi Arrigo, Paterni Ludovico, Poggio Giovanni, Pollieri Pio, Tonietti Francesco; *Psicologia sperimentale*: Musatti Cesare; *Radiologia medica*: Becchini Gastone, Bignami Giuseppe, Castronovo Ettore, Ceresole Giulio, Cignolini Pietro, Gortan Massimiliano, Lapenna Marino, Nuvoli Umberto, Pazzi Ermanno, Pincherle Giacomo, Talotti Adelchi; *Tisiologia*: Parodi Felice, Riccioli Ernesto.

Il prof. Renato De Nicola è nominato primario ostetrico e direttore della Maternità della Santa Casa dell'Annunziata a Napoli.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Milano

Conferenza del Prof. Valenti alla Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche.

La sera del 22 marzo il prof. A. Valenti, ordinario di Farmacologia nella R. Università, tenne per invito della Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche una conferenza su « *Farmacoterapia antica e recente del diabete mellito* ».

La conoscenza del diabete è antichissima, ha detto il prof. Valenti. La parola stessa diabete deriva da διαβαίνω = allargo le gambe, dall'atteggiamento di chi è in atto di orinare, ad indicare quello ch'è uno dei sintomi più salienti del diabete, la poliuria. I farmaci usati nella terapia del diabete mellito — e quasi tutti con qualche fondamento scientifico — prima della scoperta dell'insulina furono moltissimi, fatto che sta a dimostrare come nessuno di essi fosse di sicuro affidamento. Così il conferenziere ha ricordato la santonina, il fenolo, la chinina, la pilocarpina, metalli, metalloidi, i bromuri e molti altri. Sostanze ipoglicemizzanti a composizione chimica ignota sono contenute negli estratti di quasi tutti i tessuti animali e di molti vegetali: cipolle, lievito, graminacee, mirtillo. Venne quindi l'insulina ad inaugurare una nuova èra. Le proprietà di essa sono note, tutt'altro che noto è invece il suo meccanismo d'azione: non pare ch'essa aumenti la combustione del glucosio, nè che aumenti la formazione del glicogene, nè che abbia azione glicolitica.

Altre sostanze chimicamente ben definite ad azione ipoglicemizzante sono: l'ergotamina, alcaloide isolato della segale cornuta ad azione paralizzante del simpatico, antagonista dell'adrenalina che è iperglicemizzante; sembra che l'ergotamina svolga la sua azione favorevole specialmente nei glicosurici e specie negli insulino-resistenti.

Il solfo, pure studiato, avrebbe azione debole e incostante, e così pure il nichelio e il cobalto.

Maggiore importanza va attribuita ai derivati della guanidina: la sintalina ha innegabile azione ipoglicemizzante ed è di comoda somministrazione ma è male tollerata; e la galegina, ancora allo studio. L'acoina è pure un derivato guanidinico che negli animali da esperimento ha netta azione ipoglicemizzante e perde la sua attività in ambiente non acido.

La conferenza del prof. Valenti è stata applauditissima.

Dott. RUGGERO ASCOLI.

NOTIZIE DIVERSE.

VIII Congresso italiano di Medicina del Lavoro.

Nei primi giorni del prossimo ottobre sarà tenuto a Napoli l'VIII Congresso nazionale di Medicina del Lavoro, sotto la Presidenza del prof. Niccolò Castellino, direttore dell'Istituto di Medicina del Lavoro nella R. Università di Napoli.

Il prof. Luigi Ferrannini, direttore della Clinica Medica nella R. Università di Cagliari, parlerà sul « Lavoro nelle miniere », il prof. Giuseppe Aiello e il dott. Antonio Nebuloni della Clinica del Lavoro di Milano svolgeranno una relazione sulla « Biologia e clinica nell'organizzazione scientifica del lavoro » e il prof. Niccolò Castellino parlerà sul « Lavoro nei porti ».

Ad ogni relazione sarà riservata almeno una seduta del Congresso per la necessaria discussione, la quale si prevede, specialmente per alcuni temi da trattarsi, molto vivace e interessante.

In seduta speciale avranno luogo le comunicazioni e le relative discussioni.

Il Congresso comprenderà visite a impianti industriali e sanitari, di cui è singolarmente ricca Napoli, con la sua Regione, e tratterà alcuni argomenti tecnici d'indole tecnica e sociale, la cui importanza e novità sono veramente notevoli.

Le iscrizioni si ricevono presso la Clinica del Lavoro di Milano - Via S. Barnaba, 8 - e presso la Clinica del Lavoro di Napoli - Largo Garofalo.

Congresso italiano di dermosifilografia.

La riunione annuale della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia avrà luogo a Milano, presso la Clinica Dermosifilopatica (Via Pace, 9) nei giorni 9-11 maggio. I titoli delle comunicazioni che i soci intendono presentare dovranno essere inviati al Segretario della Società, dott. Vincenzo Montesano, Piazza Campo Marzio, n. 3, Roma (120), al più presto. Non sono ammesse più

di due comunicazioni per ciascun socio; i soci che ne preannunziano due, dovranno dichiarare a quale intendono, in caso di mancanza di tempo, dare la precedenza. Una delle sedute sarà riservata all'esposizione, dimostrazione e discussione di casi clinici. Di ogni caso che si desidera presentare è bene darne avviso prima del 20 aprile al presidente prof. Mario Truffi, Clinica Dermosifilopatica di Padova, indicando il luogo di provenienza e la diagnosi del caso.

2° Convegno Regionale della Sezione Lombarda della Società Italiana Fascista di Studi Scientifici sulla tubercolosi.

La riunione avrà luogo in Brescia il 28 aprile p. v., alle ore 9. Saranno discusse le seguenti relazioni:

« Le pleuriti parapneumotoraciche dal punto di vista della patogenesi e della cura »; prof. Angelo Lurà;

« Indicazioni estensive e limitate per la frenicoexeresi »; prof. Mario Redaelli.

Il prof. Pietro Rondoni, della Regia Università di Milano, terrà nella mattinata una Conferenza su « Il meccanismo delle reazioni alla tubercolina ».

Per informazioni e richieste rivolgersi al Segretario della Sezione prof. Gaetano Ronzoni, via Gaudenzio Ferrari, n. 18, Milano.

Corso di perfezionamento in oftalmologia.

Il prof. Teulières, dell'Università di Bordeaux, con la collaborazione di valenti tecnici e studiosi, terrà un corso di perfezionamento in oftalmologia dal 17 al 29 giugno. Esso sarà essenzialmente pratico.

Consorzio antitubercolare della Provincia di Savona.

Istituita la provincia di Savona, ebbe inizio anche l'attività assistenziale dei tubercolotici ad opera del Consorzio provinciale antitubercolare subito costituito con decreto prefettizio.

Emanata la legge del 23 giugno 1927 che regolò il funzionamento dei Consorzi antitubercolari e impose l'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi, fu modificato lo statuto del Consorzio e la rappresentanza ne venne ricostituita.

L'Amministrazione del Consorzio ha ricoverato tutti gli ammalati di tubercolosi ossea nei due Istituti di Bergeggi e S. Corona, e molti degli ammalati di tbc. polmonare in vari luoghi di cura, specialmente fuori provincia (Livorno, Torino, Genova, Ceva), poichè nella provincia difettano ospedali adatti per tale malattia.

Quando non è stato possibile ottenere subito il ricovero, o si è ritenuto non strettamente necessario, sono stati concessi sussidi di cura (da 5 a 10 lire giornaliere).

Il Consorzio ha inoltre sussidiato le colonie estive ed i dispensari di Savona (quello dell'Associazione antitubercolare savonese e quello della Croce d'Oro).

L'Amministrazione del Consorzio ha deliberato l'istituzione di altri dispensari a Varazze, Albenga, Cairo, e adotterà altre provvidenze per integrare l'attrezzatura dei dispensari di Savona.

L'amministrazione del Consorzio divisò la creazione di un Istituto sanatoriale regionale. Entrata in vigore la provvida legge fascista, che affidò larga parte dell'assistenza antitubercolare alla Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali, il Consorzio interessò la Cassa ad acquistare ed assumere l'esercizio di un grande stabilimento sanatoriale nell'edificio già costruito dal Comune di Savona, a Valloria. Frattanto, per sopperire temporaneamente alle immediate necessità dell'assistenza, l'Amministrazione del Consorzio ha avviato trattative con il Podestà di Savona, per l'impianto di un reparto ospedaliero nel fabbricato comunale, ora destinato a lazzaretto.

E a tale intento ha anche richiesto l'indispensabile concorso della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali, e della Croce Rossa, al fine di assicurare la disponibilità di olmeno 60 letti.

L'Amministrazione Provinciale a sua volta, conscia della insufficienza del bilancio del Consorzio provinciale, ha inscritto nel suo bilancio un contributo doppio di quello dello scorso anno (L. 208.000 in luogo di 104.000), prevedendo la necessità di riforma dello Statuto, che dovrà elevare il contributo di tutti gli Enti da L. 0,50 almeno a L. 1 per abitante.

L'Amministrazione del Consorzio ha attuato altre provvide iniziative.

Ambulatorio di accertamento diagnostico per il cancro a Catania.

Il 28 marzo nell'Ospedale Vittorio Emanuele di Catania venne inaugurato l'Ambulatorio di accertamento diagnostico contro il cancro.

Mercè una cospicua elargizione di L. 100.000 fatta dal Banco di Sicilia ed altre minori di varî Enti, è stato possibile di acquistare 95 mmgr. di radium, con una spesa di L. 120.000. Gli ammalati inoperabili potranno essere ricoverati in alcune infermerie dell'Ospedale, onde beneficiare delle cure col radium.

Una viva lode vada a Coloro i quali si sono fattivamente interessati della creazione di un'Opera così altamente civile e benefica.

A. T.

Nella stampa medica francese.

Si è tenuta l'assemblea generale dell'« Association de la Presse Médicale Française », sotto la presidenza del prof. Loeper. Questi prospettò le vicende dell'associazione nel 1928; furono poi lette e approvate le relazioni del segretario generale, dott. Pierra, e del tesoriere, dott. Baillière; si procedette all'ammissione di 8 nuovi periodici; in base alle norme statutarie, vennero sostituiti 3 consiglieri e ricostituito il Consiglio di famiglia. Si stabilì di festeggiare il quarantennio dell'associazione con un banchetto, che avrà luogo durante il mese di maggio.

* * *

L'« Association professionelle des journalistes médicaux français » ha pure tenuto la sua assemblea generale, che ha rinnovato come segue le cariche pel 1929: presidente Henri Bouquet, vice-presidenti Bizard e Monteur; segretario generale A. Garrigues; segretario aggiunto Molinéry; tesoriere Mathé.

* * *

Le relazioni annue della « Caisse mutuelle de retraites des journalistes médicaux français » hanno permesso di accertare lo stato fiorente del-

l'istituzione e i progressi costanti realizzati, grazie al numero degli inscritti e al concorso di generosi donatori.

Inquadramenti.

Si sono iscritte nel Sindacato Nazionale Medico Fascista la Società Freniatrica Italiana e la Società fra i Cultori di Scienze Mediche e Naturali di Cagliari.

Viaggio di medici a Parigi.

Un gruppo di medici professionisti di Firenze ha affidato all'Ufficio Turistico Italiano — con sede a Firenze, via Borgo dei Greci, 8 — l'organizzazione di un viaggio di medici a Parigi, allo scopo di visitare e conoscere gli Ospedali e gli Istituti clinici e scientifici della Metropoli francese.

In seguito ad accordi intervenuti fra l' «Association pour le développement des relations médicales entre la France et les Pays amis», la « Société Générale des Médecins de France » ed il Comitato di Firenze, è stato deciso che la gita avrà luogo dal 22 al 31 maggio p. v.

Il programma tecnico ed il programma turistico riusciranno quanto mai interessanti sotto ogni aspetto e presto verrà pubblicato in tutti i dettagli.

La spesa complessiva sarà di L. 1275, con partenza da Torino, dove si riuniranno i gitanti.

Plaudiamo all'ottima iniziativa, destinata a rafforzare i legami culturali ed intellettuali con la Nazione sorella nel campo medico.

Il divieto di sputare nelle carrozze ferroviarie.

Le Ferrovie di Stato italiane, con R. Decreto 22 novembre 1925, n. 2175 e D. M. 2 gennaio 1926, n. 1737, hanno emanato disposizioni che comminano sanzioni contro coloro che insudiciano e deteriorano le carrozze ferroviarie, sanzioni che hanno avuto notevole effetto, tanto che nell'anno finanziario luglio 1926-giugno 1927, si ebbero 20.021 contestazioni, di cui 19.843 si risolsero con oblazioni e 178 diedero luogo a contravvenzioni. Il pubblico si è venuto educando ad un maggior rispetto ed a maggior pulizia, tanto che le contestazioni nel corrispondente periodo 1927-1928 sono scese a 15.722, di cui 15.064 estinte con oblazioni e 118 con seguito di contravvenzioni.

Visti i buoni risultati così ottenuti, l'Amministrazione ferroviaria ha compiuto un buon passo in avanti, facendo rientrare nell'insudiciamento anche lo sputo ed emanando in proposito una circolare che è entrata in vigore nel decorso mese di febbraio.

Per quanto sia difficile che l'agente ferroviario possa scoprire sul fatto l'individuo che sputa nella carrozza, risulta che nel primo mese di applicazione si sono già avute parecchie contestazioni, risolte con la prescritta oblazione ed è sperabile che molto si possa ottenere in seguito.

È da augurarsi che a questo passo ne segua presto un secondo, con disposizioni analoghe per chi sputa nelle sale d'aspetto delle stazioni. Ed è sperabile che le Amministrazioni tramviarie delle diverse città d'Italia pensino una buona volta a fare applicare sul serio il divieto di sputare che, per irrisione, fa la sua malinconica mostra in ogni carrozza tramviaria. Il fattorino tramviario si trova in migliori condizioni per la sorveglianza e può con maggior facilità cogliere chi sputa in flagrante.

Distintivo pei farmacisti della provincia di Milano.

La Presidenza dell'Ordine dei Farmacisti della provincia di Milano, in accordo colla Segreteria del Sindacato, ha disposto, ottemperando a desiderio espresso dalle Autorità, che i farmacisti si provvedano di uno speciale distintivo da portarsi quando sono in servizio, in modo che il pubblico possa, senza difficoltà, distinguere chi legalmente esercita la professione.

La distribuzione dei distintivi si fa a cura della presidenza dell'Ordine per tutti i farmacisti della provincia.

Il "Salon des Médecins".

A richiesta di un certo numero di medici — rimasti troppo assorbiti professionalmente dall'epidemia d'influenza, per modo che non hanno potuto dedicarsi alle attività extraprofessionali — si è deciso di rimandare di un mese la decima Mostra artistica dei medici organizzata a Parigi, così da evitare che essa ceda, in importanza, alle precedenti. Rimarrà dunque aperta dal 26 maggio al 3 giugno, nei locali del « Cercle de la Librairie » come al solito. I ritardatari e i nuovi aderenti sono pregati di rivolgersi al segretario generale, dott. Paul Rabier, rue Lecourbe 84, Paris (XVe), con francobollo per la risposta.

Un'altra operazione d'appendicite sul Transatlantico "Roma".

I valorosi sanitari del « Roma » dott. Gullini e dott. De Ferrari che già nel febbraio u. s. avevano salvato la vita ad un passeggiero americano praticandogli una laporotomia d'urgenza per suturare una perforazione d'ulcera gastrica, hanno dovuto, nel viaggio successivo, intervenire d'urgenza per un'appendicite, di cui era stato colpito, pochi giorni dopo la partenza da New York, un cameriere di bordo.

Il caso era gravissimo essendo già in corso una peritonite generalizzata, ma la laparotomia, praticata immediatamente con mano maestra, e le assidue ed amorevoli cure successive, valsero a scongiurare il pericolo sicchè il paziente giunse a Genova in buone condizioni e si trova attualmente all'Ospedale Galliera in via di guarigione.

Questi significativi episodi, mentre tornano ad onore della classe dei nostri medici di bordo, dimostrano che i servizi sanitari dei piroscafi italiani non temono confronti, essendo preparati a fronteggiare qualsiasi evenienza, per la miglior tutela sanitaria delle persone imbarcate.

Infortuni di sanitari.

Il farmacista Antonio Scaragò fu Luigi, addetto ad una farmacia di Milano, è stato rinviato al giudizio del Tribunale Penale per lesioni colpose, avendo fornito foglie di belladonna al posto di foglie di malva, in quantità di 100 grammi, cagionando grave avvelenamento in due donne, fortunatamente salvate alla Guardia Medica di Porta Venezia, ma rimaste a lungo inferme.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Lancet, 13 mar. — E. B. Verney. La poliuria. — J. Blomfield. L'avertina per l'anestesia.

Gaz. d. Hôp., 13 mar. — Monier-Vinard e al. Radioterapia del m. di Raynaud.

Paris Méd., 16 mar. — Numero sul cancro.

Amer. Journ. Med. Sc., mar. — S. Hurwitz e J. Levitin. La fenilidrazina nel trattam. della policitemia vera. — F. A. Evans e J. M. Strang. Trattamento dell'obesità. — J. I. Margolis. Pantosuria cronica e obesità. — T. L. Althausen e al. L'estratto epatico nel trattam. dell'ipertensione. — R. Richardson. Diete ad alto contenuto d'idrocarbonati nel diabete mellito. — H. W. Soper e L. C. Cassidy. Il cardiospasmo con spec. riguardo alla eziologia.

Le Sang, n. 2. — T. Kabaynashi. Fenomeni rigenerativi delle emazie nell'anemia da anchilostomiasi. — R. Catlan e M.-C. Laur. Emazie nucleate nel sangue durante le endocarditi da streptococchi.

Riv. di Patol. e Cl. della Tuberc., 28 feb. — D. Pacchioni. Patogenesi della tbc. e vaccinazione preventiva. — V. Lubich. Stato allergico dell'organismo ed evoluzione della tbc.

Riv. Oto-Neuro-Oftalmol., nov.-dic. — Torrini. Le reazioni vestibolari nei tabetici. — Antognoli. Sindrome di Longhi-Avellis e contusione oculare da ferita d'arma da fuoco.

Rev. Med. Latino-Amer., gen. — P. M. Barlaro. Semeiologia della regione diaframmatica e dello spazio di Traube.

Clin. Chir., feb. — Prati. Veloc. di sediment. degli eritrociti in chirurgia. — Travaglini. Organi pieni e cavi di fronte ai traumatismi.

Rif. Med., 16 mar. — F. Peola. Infezioni miste nella f. tifoide.

Rev. Méd. de Chile, feb. — T. Rifo Bustos. Azione diuretica del citrato di sodio.

Brasil-Med., 23 feb. — T. Jor. Aortite acuta gonococcica.

Osped. Magg., 28 feb. — G. Filippini. Fibroma primitivo del legamento splenocolico.

Arch. di Patol. e Clin. Med., feb. — F. Alzona. Caverne « mute » nella tbc. polm. — A. Sega. affezioni sistematizzate dell'apparato ret.-endot. — S. De Candia. Le febbricole.

Journ. of Nerv. a. Ment. Dis., mar. — F. Wittels. La cleptomania. — R. L. Pitfield. Il riflesso di Hoffman. — J. F. Fulton e P. Bailey. Tumori del terzo ventric. — S. E. Jelliffe. Crisi oculogire post-encefalitiche.

Deut. Med. Woch., 22 mar. — Kahn, Kronfeld. Carattere normale e patologico. — Reiter. Infezione tifoide muta senza reazioni immunitarie.

Rev. de Méd., 1. — C. Laubry e D. Routier. Il polso alternante.

Roentgen-Praxis, 15 mar. — E. Woenkhaus. Roentgenter. dell'ipertrofia prostatica.

Amer. Med., feb. — L. Berman. Secrez. interna del timo. — H. R. Harrower. Unità di campionamento dell'ormone epatico (anabolina).

Surg., Gyn. a. Obst., mar. — V. Putti. Tumori maligni delle ossa. — C. H. Mayo. Anomalie genito-urinarie. — C. W. Crile. Il fattore adrenalico nell'ipertensione. — H. B. Herman e E. Dözza. L'anestesia paravertebrale in urologia.

Giorn. Med. dell'Alto Adige, mar. — D. Taddei. Sindrome nefro-enterica da calcolosi misconosciuta del bacinetto renale.

Presse Méd., 23 mar. — M. Polonowski e P. Boulanger. Il coefficiente ammoniacale in clinica.

Mediz. Klinik, 22 mar. — W. Hanebuth. I cosidetti infiltrati precoci della tbc. polm. — A. Sylla. Cistinuria.

Minerva Med., 24 mar. — A. Ascoli. Condizioni preliminari dell'avviamento alla vaccinaz. anti-tbc. — C. A. Velo. Funzione epatica in ammalati chirurgici.

Presse Méd., 13 mar. — A. Gosset. Il dolore nelle aderenze post-operatorie.

Journal A. M. A., 9 mar. — Il sodoku nella cura della paral. p. — G. De Takás. Vene varicose e loro sequele. — L. Davis. La macula cieca in pazienti con tumori intracranici.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 mar. — Numero di oftalmol.

Brit. Med. Journ., 23 mar. — H. S. Souttar. Il radium e le sue applicazioni chirurgiche. — J. Ramsey e C. M. Pearce. Puntura delle tonsille a scopo diagnostico.

Presse Méd., 20 mar. — G. Portman e K. Kistler. L'otite media acuta necrosante.

Paris Méd., 23 mar. — H. Garubessédès e G. Garnier. Vaccinoterapia della febbre di Malta.

Gaz. d. Hôp., 23 mar. — R. Levent. Forma filtrante del germe tubercolare.

Haematologica, II. — L. Villa. Le eritropatie primitive. — P. Introzzi. Funzione fagocitaria dei megacariociti. — F. Di Renzo. Potere complementare del siero. — M. Lapidari. Cellula gigante di Bizzozero.

Dermosifilografo, feb. — A. Fontana. Blastomicosi della lingua.

Münch. Med. Woch., 22 mar. — Hulfrich. Frequenza e prognosi delle lesioni del sist. nerv. centr. — Hoder e Heller. Diagnosi del paratifo B mediante il batteriofago. — Huntemüller. Alessine nel sangue di sani.

Mediz. Welt, 23 mar. — Konjetzny. Le mastopatie.

Soc. d. Hôp., 8 mar. — T. Apert e Peytavin. Malattia esostosante ereditaria. — Laignel-Lavastine e J. Fouquet. Coliche saturnine guarite con l'acetilcolina.

Gaz. d. Hôp., 27 mar. — A. Follianu. Processo di trattam. radicale dell'ernia inguin.

Journal A. M. A., 16 mar. — A. V. Hardy. Febbre ondulante. — F. F. Tisdall e A. Brown. Altitudine ed azione antirachitica della luce solare. — G. B. Hassin e E. Andrews. Meningite sierosa spinale circoscritta.

Practitioner, apr. — C. A. R. Nitch. Come esaminare un caso urologico. — A. Maitland Ramsay. L'oftalmologia nella pratica corrente. — C. P. G. Wakeley. Fratture della rotula. — C. H. Hope Carlton. Iniezioni sclerogene nelle vene varicose.

Rass. di Clinica ecc., gen.-feb. — E. Trocello. Mal di mare.

Cult. Med. Mod., 28 feb. — G. Alagna. Lesioni laringee da raggi X.

Giorn. di Cl. Med., 20 mar. — F. Castellani. Diagnosi indiretta di carcinoma prostatico latente.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVI — Roma, 22 Aprile 1929 — Num. 16

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

Redattore Capo: Prof. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

La meningite sierosa e la sua sintomatologia oculare.

Prof. Francesco Mezzatesta
L. D. di Clin. Oculistica nella R. U. di Roma.

La meningite sierosa, da quando fu identificata da Quincke e differenziata dalle altre forme di meningite acuta e subacuta, ha affaticato la mente degli studiosi data la sua multiforme e complessa sintomatologia, che molto spesso è limitata ai soli sintomi oculari.

Ed anzitutto per meningite sierosa non s'intende una entità morbosa infiammatoria a sè, ma una sindrome caratterizzata dall'aumento della pressione endocranica per iperproduzione del liquor. Secondo Ayala si tratterebbe di tossine che agiscono preferibilmente sui plessi coroidei e sull'ependima ventricolare, provocando un aumento della secrezione del liquor ed in seguito un ostacolo al riassorbimento di esso, e determinando così una ipertensione endocranica più o meno grave.

Tali tossine non sono per ora identificate: e mentre in alcuni casi si può riconoscere la causa nella lues o in un'otite o in una lesione infiammatoria dei seni, o nella malaria (Meldolesi), in molti altri casi invece rimane ignota la causa etiologica. Si ha spesso meningite sierosa per frattura della base del cranio, per disfunzione endocrina, per intossicazione alcoolica, ecc.

L'esame anatomo-patologico ha messo in evidenza poco o nulla, sino al punto che alcuni neurologi negano addirittura l'esistenza della meningite sierosa: Ayala ha trovato invece alterazioni istologiche dell'ependima e dei plessi coroidei; ed ha proposto perciò il nome di coroido-ependimite sierosa.

Se la sintomatologia neurologica è così scarsa ed incostante da lasciare spesso dubbi nella diagnosi, non lo stesso può dirsi della sintomatologia oculare, in cui i reperti oftalmoscopici hanno, secondo l'affermazione di Nacht, una costanza maggiore di tutti gli altri sintomi, ed in cui non mancano i disturbi del campo visivo e dell'equilibrio muscolare ed anche del visus.

I sintomi neurologici portano, secondo Ayala, alla classificazione di tre forme di meningite sierosa: la cefalalgica, la pseudomeningitica e la pseudotumorale, secondo che prevalgono la cefalea, o sintomi subbiettivi ed

obbiettivi di reazione meningea, o addirittura sintomi a focolaio di tumori endocranici; si può cioè passare da una sintomatologia negativa, dal punto di vista neurologico, ad una sintomatologia così grave qual'è quella di un tumore. Solo un esame accurato di tutta la funzione visiva permette di porre con tutta sicurezza una diagnosi, che in seguito la puntura lombare e l'esame radiografico confermeranno. Evidente risulta perciò tutta l'importanza della sintomatologia oculare, che Di Marzio sin dal 1924 e Caramazza dopo hanno inquadrato molto chiaramente e trattato in modo esauriente nei loro lavori.

E ben a ragione, scrive Caramazza, che « malgrado sia una sindrome che si incontra frequentemente, tuttavia è poco conosciuta specialmente da parte degli oculisti, i quali sono invece in condizione di possedere i più validi elementi ».

È stata dal Quincke classificata una meningite sierosa acuta, con decorso acuto o decorso cronico, ed una cronica, con decorso progressivo o con esacerbazioni acute. Nella prima l'inizio può essere improvviso o lento con cefalea, disturbi della coscienza, paresi fugace dei muscoli della faccia e dell'occhio, vomito ed abitualmente pseudo-neurite ottica con oscillazioni nella intensità dei sintomi.

Nella seconda si ha un decorso lento e progressivo con remissioni ed esacerbazioni e con una sintomatologia molto vaga ed incostante, tra cui predomina la cefalea, la nausea ed il vomito. La cefalea, che è quasi sempre presente, subisce anche essa oscillazioni e si esacerba con lo scuotimento della testa, con il passaggio brusco dalla posizione supina alla posizione eretta, con il chinarsi, ecc. I pazienti dicono che hanno la sensazione di uno sciacquamento nella scatola cranica. « La sintomatologia oculare invece, come scrive Di Marzio, è costante ed assume una importanza eccezionale, se si tiene presente che nella forma frusta rappresenta l'unico appoggio diagnostico ».

Si ha anzitutto un disturbo nell'equilibrio muscolare con paresi varie del III-IV-VI paio, e con disturbo della convergenza. Non manca quasi mai una eteroforia più o meno accentuata, che si presenta ora sotto forma di endoforia ora di exoforia e si corregge applicando lenti prismatiche da 1° a 4° o 5°; nello stesso paziente, osservato in giorni ed in ore diverse, si possono notare variazioni continue, correggendosi l'eteroforia una volta con prisma 4° per es. a base esterna ed altra volta con prisma 1°: talvolta manca l'eteroforia, che il giorno prima era stata notata, salvo a ritrovarla presente il giorno dopo. Si può trovare nistagmo accentuato nella lateralità dello sguardo, e perfino diplopia più o meno transitoria.

Il visus per lo più si mantiene integro, pur accusando gli ammalati una diminuzione di esso: si tratta di una sensazione subbiettiva dovuta principalmente ad uno stato di obnubilazione della vista con torpore del senso cromatico e luminoso: si può però notare un visus ridotto sino anche ad 1/10, che migliora rapidamente dopo la puntura lombare con ritorno normale della funzione: talvolta si ha ambliopia in un occhio e visus normale nell'altro.

Ciò di cui si lagnano maggiormente i pazienti è la facile stanchezza durante la lettura, per cui essi ritengono di non vederci bene. In effetti, tranne i casi di vizi di refrazione che vanno corretti a parte, essi leggono benissimo anche i caratteri più piccoli degli ottotipi; è solo la presenza dell'eteroforia che determina la stanchezza, mentre una correzione prismatica non dà alcun vantaggio reale, data la variazione continua dell'eteroforia stessa.

All'esame del campo visivo si riscontrano quasi costantemente alterazioni importanti, che acquistano un grande valore se messi in rapporto con il resto della sintomatologia oculare. Anzitutto si ha un restringimento concentrico dei limiti periferici per la visione dei colori, mentre in generale si mantiene integro il limite del bianco e dei movimenti: la maggiore ristrettezza si ha per il verde, che raggiunge i 10 e talvolta i 5 gradi, riducendosi nei casi più gravi solo alla visione centrale. In alcune forme di meningite sierosa acuta o di antica data il restringimento si estende anche al bianco, ottenendosi così il vero campo visivo concentricamente ed uniformemente ristretto.

È molto raro riscontrare la presenza di uno scotoma centrale, sia assoluto che relativo; ed è caratteristico il fatto che mentre l'oftalmoscopio ci fa vedere talvolta il quadro di una vera neurite ottica o di una papilla da stasi, il perimetro ci permette di fare una diagnosi differenziale tra neurite ottica e papilla da stasi da tumore da un lato, e papilla fortemente edematosa da meningite sierosa dall'altro: giacchè nella prima non manca mai lo scotoma centrale, che invece è assente nella seconda. Alle volte l'esame perimetrico mostra una emianopsia relativa per i colori, che può presentarsi in tutti i quadranti: ora bitemporale, ora binasale, ora inferiore; qualche volta, come in un caso di Caramazza, si ha emianopsia nei due quadranti inferiori di un occhio ed in un solo quadrante dell'altro occhio. Un sintoma che non manca mai in qualsiasi forma di meningite sierosa è l'ingrandimento della macchia cieca di Mariotte. Se l'esame viene fatto con il perimetro a grande raggio del De Vincentiis si può dimostrare con molta evidenza l'aumento dello scotoma assoluto e dello scotoma relativo proporzionale alla disposizione dell'edema retinico, come si osserva con l'oftalmoscopio; se invece si usa il comune perimetro di Förster, si può solo con approssimazione vedere se vi è ingrandimento, ma non precisarne l'estensione.

La ragione per la quale manca lo scotoma

centrale mentre vi è aumento della macchia cieca, risiede nel fatto che data la compressione esercitata dal liquor sul nervo ottico all'entrata nel rispettivo canale osseo, le fibre periferiche del nervo stesso risentono della compressione e diminuisce quindi la loro conducibilità sensoriale: il fascio invece papillo-maculare che è situato al centro del nervo ottico, non risente affatto le conseguenze della compressione e non reagisce in alcun modo. Il rapporto diretto fra ingrandimento della macchia cieca ed edema papillo-retinico è dimostrato dalla puntura lombare: a misura che si riduce o scompare l'edema, si riduce anche e scompare l'ingrandimento della macchia cieca: in altri termini lo scotoma relativo si riduce in coincidenza col miglioramento del fondo oculare.

Le alterazioni oftalmoscopiche sono le più costanti e le più caratteristiche: dalla loro sola presenza si può fare senz'altro la diagnosi, giacchè esse si presentano sempre con un aspetto particolare.

« Il tipo di lesione oftalmoscopica della meningite sierosa a me pare possa essere raggruppato sotto forma di lesione edematosa dei bordi papillari e della retina juxta-papillare, che può variare solo nella estensione e nella intensità, e formare quindi le varie fasi, ma rimane sempre in un unico tipo che io chiamo *edema papillo-retinico* » (Di Marzio).

In realtà, osservando con l'oftalmoscopio comune ad imagine rovesciata, specie con una lente a piccolo ingrandimento, si vede ai margini della papilla una suffusione edematosa di colorito grigiastro che tende ad invadere la retina circostante, estendendosi principalmente lungo il decorso dei grossi vasi: la papilla è di colorito normale o più o meno iperemica secondo l'intensità della meningite sierosa; le vene sono turgide mentre le arterie sono in genere normali.

Se poi si osserva a imagine diritta, si nota tutta questa sintomatologia bene evidente ed in più si può notare il grado di suffusione edematosa, giacchè mettendo a fuoco l'edema peripapillare da un lato e la papilla o la retina dall'altro si ottiene una differenza in diottrie, che ci permette di precisare l'intensità del sollevamento edematoso (tre diottrie sono uguali ad un millimetro); in corrispondenza dei vasi si riscontra un gomito apparente dovuto al ripiegarsi dei vasi stessi sull'edema: talvolta le vene, principalmente l'inferiore, sono addirittura coperte parzialmente dall'edema e qualche volta sono accompagnate da piccole emorragie.

Poichè il quadro oftalmoscopico non è sempre uguale, Di Marzio distingue quattro tipi differenti di edema papillo-retinico:

1) forma frusta incipiente con edema retinico peripapillare, in cui la papilla è di colorito normale e i margini sono lievemente sfumati per una leggera suffusione edematosa;

2) forma frusta di antica data, in cui la papilla è alquanto iperemica, le vene sono turgide, l'edema retinico grigiastro si estende sino alla macula, che appare perciò di colorito rosso vivo; ricorda l'embolia dell'arteria centrale;

3) forma subacuta recente, in cui il quadro oftalmoscopico è quello di una incipiente papillo-neurite con i margini scomparsi e con l'edema che si inizia direttamente dalla papilla, determinando un sollevamento di quattro o cinque diottrie;

4) forma subacuta di antica data, che somiglia ad una papilla da stasi con marcato sollevamento edematoso e presenza di piccole emorragie lungo i vasi.

Si tratta di un quadro oftalmoscopico, che, pur essendo così vario, si ricollega sempre ad una intensità maggiore o minore di edema papillo-retinico, che si può facilmente differenziare dal quadro di una lesione infiammatoria della testa del nervo ottico. D'altro canto la forma frusta incipiente non può in alcun modo essere confusa con il fondo di un occhio ipermetrope o astigmatico, sia perchè la schiascopia precisa lo stato della refrazione, sia perchè l'osservazione ad immagine diritta permette di vedere bene la suffusione edematosa.

È un quadro così caratteristico che già da solo permette la diagnosi; se poi si collega a tutto il resto della sintomatologia oculare, disturbi del campo visivo dell'equilibrio muscolare e del visus, elimina ogni più piccolo dubbio. Ed è doloroso dover constatare che non sempre gli oculisti si rendono conto dell'importanza di questa sintomatologia così varia, che spesso non si accompagna ad alcun disturbo neurologico e che, se interpretata e curata a tempo, guarisce sicuramente. Talvolta la meningite sierosa si presenta a decorso acuto con un'ambliopia così grave da rasentare l'amaurosi, e non è lecito palleggiarsi in tentativi più o meno inutili, per non aver dato il peso che si meritavano i sintomi principalmente oftalmoscopici; una puntura lombare praticata a tempo potrebbe dare una *restitutio ad integrum*. Giacchè l'unica cura veramente efficace della meningite sierosa è la puntura lombare, che talvolta occorre ripetere due o tre volte successive. Può raramente accadere che dopo la prima puntura lombare il visus peggiora, perchè, come hanno dimostrato Balduzzi e Pisani, nel disquilibrio che si verifica si ha in principio aumento della secrezione del liquor; basta ripetere la puntura sottraendo poche gocce di liquido, perchè si abbia un miglioramento rapido ed effettivo, sia nella sintomatologia subbiettiva, sia in quella obbiettiva.

Per la conferma della diagnosi abbiamo ancora un altro mezzo, e cioè l'esame radiografico: la radiografia cranica mostra diastasi più o meno evidente delle suture, presenza ed aumento di mammellonamenti, impressioni digitate, solchi venosi, ripiegamento ed uncina-

mento delle apofisi clinoidee anteriori, sino ad una apparente obliterazione dell'ostium sellae.

Tutta questa sintomatologia messa bene in evidenza ed inquadrata da Di Marzio, che si è occupato a fondo dell'argomento, è confermata dalle ricerche anche di Hutinel, Adam, Claude, Bollack, Oppenheim, Baldenveck, Fleischmann, ecc., ed è tempo ormai che sia conosciuta dal medico pratico, data l'importanza che assume ogni giorno, specie nei riguardi della disfunzione endocrina e della traumatologia cranica. Il Duret, nel suo trattato su « Les traumatismes du crâne » ne parla ampiamente e quasi tutti gli autori riconoscono l'esistenza della meningite sierosa traumatica: molto spesso anzichè parlare di nevrosi traumatica si dovrebbe parlare di meningite sierosa traumatica, con una prognosi quindi più fausta ed in cui il responso dell'oculista dà il solo ed efficace reperto diagnostico.

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA MEDICA DELLA R. UNIVER. DI CATANIA
diretta dal Prof. MAURIZIO ASCOLI

Dissenteria da bacillo Ceylonensis.

Prof. SALVATORE FICHERA
Aiuto e Incaricato di Patologia Medica.

Gli studi di Castellani sulle forme dissenteriche dei paesi tropicali hanno notevolmente allargato il campo della etiologia di tali forme diarroiche, descrivendo e isolando forme batteriche nuove. Queste pur avendo con i comuni germi della dissenteria tipo Shiga-Kruse, Flexner, Strong, His-Russel dei caratteri di somiglianza, presentano anche delle differenze nel comportamento sui vari terreni zuccherati. Le manifestazioni cliniche da esse provocate hanno come carattere comune la manifestazione diarroica in grado più o meno spiccato, mentre il decorso e l'acuzie del processo possono essere vari.

I germi isolati da diversi ricercatori sono parecchi. Castellani e Chalmers hanno tentato di farne una classificazione unitaria raggruppandoli insieme a molti altri germi nella grande tribù delle Eberthiacee. Riferiamo la detta classificazione per quello che riguarda i germi delle forme dissenteriche. Questi autori distinguono:

1) il genere *Shigella*, costituito da bacilli immobili che non fermentano il lattosio, e solo parzialmente il glucosio con formazione di acido ma non di gas; non coagulano il latte. Questo genere comprende due specie: a) *Shigella dysenteriae* (Shiga-Kruse), b) *Shigella paradysenteriae* (Flexner Strong, His-Russel, Duval, ecc.). L'una e l'altra si distinguono per il loro contegno nei terreni con mannitolo, la prima non produce acido, la seconda sì. La *Shigella paradysenteriae* comprende le varietà Flexner, His-Russel, Strong ecc. Le prime due si differenziano per la loro azione nei terreni maltosati: la varietà Flexner vi produce reazione acida, quella His-Russel no. Altro carattere differenziale si ha nello sviluppo su patata ove mentre la S. Flexner produce acido, la S. His-Russell non ne produce. Per la differenziazione delle specie e delle varietà costituenti il genere *Shigella*, il Castellani si è servito con felicissimo risultato del metodo della fermentazione simbiotica, metodo il quale potrà avere nella pratica batteriologica largo sfruttamento.

Il metodo consiste in ciò che due germi, che in terreni culturali con dati zuccheri, isolatamente, non producono gas, qualora vivano in simbiosi naturale o sono artificialmente associati, lo producono.

Secondo Castellani la simbiosi Shiga-Kruse + b. di Morgan produce gas in terreno al maltosio, non ne produce su terreno al mannitolo; la simbiosi Flexner + Morgan produce gas su maltosio e mannitolo; la simbiosi His-Russel + Morgan produce gas in mannitolo, ma non in maltosio. I dati ottenuti dalla fermentazione simbiotica si avvicinano alla attività del singolo bacillo su quel dato terreno zuccherato in ispecie per quanto riguarda la formazione di acido. Però la produzione del gas è una reazione più evidente ed in molti casi più precoce. La fermentazione simbiotica avrebbe quindi il vantaggio della precocità e della maggiore evidenza;

2) il genere *Lankoides* comprendente bacilli immobili che fanno fermentare solo parzialmente il glucosio con produzione di acido ma non di gas; quanto all'azione sul lattosio essa o è nulla o è solo parziale, senza alcuna produzione di gas. Il latte viene coagulato. Queste due ultime manifestazioni cioè fermentazione del lattosio e coagulazione del latte sono molto deboli.

Le specie di questo genere sono: a) *Lankoides pyogenes;* b) *Lankoides Ceylonensis A;* c) *Lankoides Ceylonensis B.;* d) *Lankoides gintottensis;* e) *Lankoides madampensis.*

La caratteristica di questi germi è il diverso comportamento nei terreni zuccherati. Secondo la durata del tempo di osservazione difatti la loro azione sugli zuccheri è diversa: culture che nei primi giorni del loro sviluppo non scindono uno o più zuccheri, dopo un più

lungo periodo dimostrano questa proprietà. Ceppi che appena isolati fanno fermentare solo pochi zuccheri, dopo ripetuti trapianti possono acquistare tale proprietà per un numero maggiore.

Il mezzo migliore per la loro individuazione è quello di ricorrere alla prova sierologica, la quale, ancor meglio se unita a quella della fermentazione semplice e all'altra della fermentazione simbiotica, dà i risultati più sicuri.

I due tipi principali del Lankoide sono: il *L. Ceylonensis B* che produce indolo e, rapidamente, acido nel lattosio; e il *L. Ceylonensis A*, che non produce indolo e la cui produzione di acido è o assente o molto debole. La coagulazione del latte si ha spesso dopo parecchie settimane di soggiorno della cultura in termostato;

3) il genere *Dysenteroide*: bacilli che fanno fermentare solo parzialmente il glucosio e il lattosio, con produzione di acidi ma non di gas. Non coagulano il latte. Di questo genere fanno parte un ceppo mobile (*Dysenteroides bentottensis*) e parecchi immobili (*Dysenteroides metadissentericus A, B, C*, ecc.). Come per il genere Lankoides anche per questo il miglior modo di individuazione è quello sierologico, poichè l'azione sugli zuccheri è variabile sia per la intensità come anche per il tempo che impiega per prodursi.

Osservazioni cliniche di infezione da Lankoide nell'uomo sono state descritte dallo stesso Castellani in India. Presso di noi, che io mi sappia sono finora sconosciute, pertanto credo di far conoscere il caso seguente capitato ambulatoriamente all'osservazione del mio Direttore che me ne ha affidato lo studio.

A. Michele, di anni 53, da Caltanissetta, impiegato, ammogliato. Muta la anamnesi eredo-familiare. All'età di 6 anni soffrì di difterite. A 21 anni contrasse una infezione blenorragica della quale guarì in poco tempo senza alcuna complicanza. Non lue. Prestò servizio militare per otto anni, dal 18° al 26° anno di età; durante questo periodo risiedette successivamente a Roma, Palermo, Messina, S. Stefano di Camastra, Pettineo, S. Lorenzo, Avola, Assoro e Mascalucia. Soffrì durante tale periodo di malaria terzana dalla quale guarì dopo una razionale cura chininica. Congedato ritornò alla sua residenza dove è rimasto in buona salute, senza alcun disturbo a carico dell'apparato gastro-intestinale fino al 1918, epoca in cui soffrì di influenza epidemica in forma non molto grave. Quattro anni fa senza causa precisabile soffrì di nefrite, durata circa due mesi. Due mesi dopo ebbe dei disturbi della minzione (urinazione frequente e dolorosa). Un medico diagnosticò una cistite, per la quale prescrisse delle cure opportune che guarirono la malattia in tre mesi circa.

La malattia attuale ebbe principio un anno fa circa ed esordì con dolore all'ipocondrio di sinistra e alla regione lombare dello stesso lato; dolore lieve, continuo durante il giorno, che si esacerbava nella notte, specie se l'infermo assumeva il decubito supino. Tale dolore durò invariato per circa quindici giorni; dopo si iniziò un periodo di diarrea di modica intensità (6-8 scariche al giorno, con feci liquide a volte giallastre, a volte muco-ematiche. Le scariche erano precedute da dolori colici, non violenti, ma molto fastidiosi. Avvenuta l'evacuazione il dolore diminuiva per riapparire dopo un po' di tempo al prepararsi della scarica successiva.

Dopo un mese cominciò una elevazione termica a 39,5° che il primo giorno fu preceduta da un forte brivido. La temperatura alta si mantenne tale per due giorni; i giorni successivi discese gradatamente a 38° per oltre una settimana e poi si mantenne per altri dodici giorni a circa 37,2°-37,3°. L'apiressia è seguita lentamente, e scomparsa la febbre rimase persistente il disturbo diarroico, nella stessa intensità dei primi giorni. L'ammalato aveva dei periodi di miglioramento, però essi erano di breve durata. Così è trascorso circa un anno. Nel frattempo, a lunghi intervalli, si sono presentati modici rialzi termici della durata di pochi giorni.

Con la persistenza dei disturbi diarroici si è iniziato un deperimento organico notevole: pallore, astenia, dimagramento. L'infermo ha eseguito lunghe cure dietetiche e medicamentose senza per altro riuscire, tranne nei brevi periodi di tregua, a modificare il suo stato.

Es. obiettivo: individuo di costituzione scheletrica regolare, di colorito pallido sul fondo bruno della pelle, astenico, di aspetto sofferente. Sviluppo del sistema pilifero normale; tessuto sottocutaneo scarso; muscoli flaccidi; assenza di ghiandole latero-cervicali, epitrocleari e ascellari. Qualche raro acino glandolare agli inguini. Nulla all'apparato circolatorio nè all'apparato respiratorio. Addome leggermente depresso con modica contrazione di difesa dei muscoli addominali. Alla palpazione profonda si risveglia un senso di malessere all'epigastrio e lungo il decorso del colon. Organi addominali nei limiti. Apparato urinario normale. Sistema nervoso centrale e periferico integro. Riflessi pupillari e tendinei normali. Assenza di dolenzia sternale e delle ossa lunghe alla pressione.

Durante la osservazione l'infermo aveva temperatura sub-febbrile (37,2).

Nulla nelle urine.

Esame del sangue: emoglobina 65 %; globuli rossi 3.800.000; globuli bianchi 4400.

Formula: linfociti 18 %; monociti 9 %; polinucleati neutrofili 70 %; eosinofili 2 %; basofili 1 %. Lieve anisocitosi e poichilocitosi. Assenza di forme immature.

Esame delle feci da purgante salino: negativa la ricerca dell'amoeba hystolitica e di altri parassiti intestinali.

Sieroreazione agglutinante: per i bacilli di Shiga-Kruse, Flexner, Strong, Hiss-Russell, Gärtner e Coli negativa. Negativa anche per i bacilli *Ceylonensis B* (RR) e *Ceylonensis B*. Per contro l'agglutinazione è stata positiva fino alla diluizione di uno a novecento (+++) per il bacillo *Ceylonensis A;* e alla diluizione di uno a novecento (+) per il *B. Metadissentericus*. Provati

questi due ceppi con sieri di individui normali l'agglutinazione diede risultato negativo.

Poichè l'ammalato fu visitato ambulatoriamente è stato una sola volta tentato l'isolamento dell'agente specifico dalle feci; il risultato fu negativo.

Come terapia si preparò un vaccino del b. *Ceylonensis A*. Tale cura, praticata in dosi crescenti non dette luogo ad alcuna reazione, fece scomparire del tutto le leggere elevazioni termiche, migliorò la diarrea, senza però farla scomparire. Rifiorirono però in modo evidente le condizioni generali dell'infermo.

Scartata, dopo il risultato negativo delle feci, la diagnosi di una amebiasi intestinale a forma enterocolica, una forma comune nelle nostre regioni, per l'accertamento etiologico di tali disturbi si eseguirono le sieroreazioni agglutinanti con i germi della dissenteria e con i metadissenterici. Il risultato positivo alla diluizione di 1 a 900 ottenuto con il b. *Ceylonensis A* esclude ogni dubbio sulla diagnosi (1).

Se vogliamo riassumere il quadro clinico del caso studiato, dobbiamo dire che esso trova esatto riscontro in quanto scrive il Castellani sulla metadissenteria cronica. Nella maggioranza dei casi si hanno modici disturbi intestinali a carattere diarroico, con feci giallastre o giallo brunastre, a volte mucose, rare volte muco-ematiche. Sono crisi diarroiche accompagnate da dolori colici più o meno intensi che prostrano l'infermo. Tali periodi si alternano con altri di discreto benessere nei quali l'ammalato ha un poco di sollievo; le scariche diarroiche diminuiscono e resta solo un senso di pena addominale. Queste alternative sono generalmente indipendenti dalla dieta o dalle cure medicamentose. Gli infermi abitualmente sono considerati affetti, come dice il Castellani, da colite, intossicazione intestinale, colite mucosa, neurastenia addominale e simili. Qualche volta è stata emessa anche la diagnosi di appendicite e il paziente consegnato al chirurgo.

Una diagnosi di certezza può solo aversi da l'esame sierologico e dall'isolamento dell'agente etiologico dalle feci; per quanto quest'ultima ricerca presenti delle difficoltà inerenti alle variabili proprietà biologiche di detti germi.

È da presumere che accertata la esistenza e richiamata l'attenzione su queste forme morbose nuove per le nostre regioni, come già è accaduto per l'amebiasi e la lambliasi, altri casi faranno seguito che varranno a stabilire la diffusione e l'importanza di questa malattia del nostro paese.

(1) Trattandosi di un argomento tanto delicato come quello di segnalare l'esistenza in Italia di una forma non ancora presso di noi descritta, abbiamo voluto anche sentire il giudizio dello scopritore di questo germe. Pertanto abbiamo inviato a Londra al prof. Castellani un campione del siero del nostro paziente, ed egli si è compiaciuto di esaminarlo, confermando appieno il nostro reperto.

BIBLIOGRAFIA.

CASTELLANI A. *Notes on the aetiology of certain cases of recurrent diarrhoea and certain obscure forms of colitis due to bacteria of the Metadysentery group*. The Journal of Tropical Medicine and Hygiene, vol. XXX, n. 22, 1927.

ID. *Metadysentery*. Annals of internal Medicine, vol. II, n. 2, 1928, pag. 155.

ID. *Further observations on metadysentery and the metadysentery bacilli, with remarks on the classification of bacterial dysenteries*. Journal of Trop. Medic. and Hygiene, 1 agosto 1928.

ID. *Observations sur le « Phénomène de fermentation gazeuse symbiotique ». Son emploi pour différencier certaines espèces microbiennes et pour identifier certains hydrates de carbon*. Annales de l'Institut Pasteur, tome 42, 1928, pag. 461.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

R. CLINICA CHIRURGICA DELL'UNIVERSITÀ DI SASSARI

Direttore: Prof. L. DOMINICI.

Mano torta congenita.

Dott. G. MONTEMARTINI, aiuto.

La malformazione caratterizzata dall'assenza congenita del radio è comunemente detta mano torta. Non tutti gli ortopedici sono però concordi sopra questa designazione. Hoffa sostiene che merita solo il nome di mano torta la contrattura congenita dell'articolazione del polso che si produce senza mancanza di parti scheletriche. Phelps si oppone a che si parli di mano torta quando vi sia assenza congenita del radio. La sindrome che venne designata come mano torta è il frutto di anomalie scheletriche, traumatismi ed affezioni ossee, retrazioni cicatriziali o paralisi. Bouvier descrive tre varietà di mano torta congenita e cioè: *a*) a scheletro completo e ben conformato; *b*) a scheletro completo e mal conformato; *c*) a scheletro incompleto. Questa divisione è stata accettata da molti Autori, Kirmisson ritiene però di fare solamente due grandi gruppi: *a*) mano torta a scheletro ben conformato; *b*) mano torta a scheletro mal conformato.

Quello che maggiormente interessa per il caso che voglio riferire è il secondo gruppo. Sappiamo che molte ossa possono mancare attorno all'articolazione radio-carpica e dalla loro mancanza risultano deviazioni della mano dalla parte corrispondente alla deficienza. Non credo sia il caso in questa breve nota di accennare alla patogenesi

di tale malattia, la quale è tuttora dubbia ed oggetto di numerose discussioni embriologiche e cliniche e su cui del resto un solo caso non può portare alcun nuovo contributo. Mi atterrò invece a qualche considerazione diagnostica generale e al problema terapeutico.

Il radio è l'osso che più frequentemente può mancare. l'assenza del cubito è una eccezione, le ossa del carpo sono invece raramente complete quando manchi un osso dell'avambraccio. Ollier nel suo studio sullo sviluppo delle ossa parallele ha messo in evidenza che, quando manca un osso a livello dell'articolazione, il segmento inferiore devia dal lato dal quale manca l'osso e l'osso parallelo si incurva ed appiattisce a lama di sciabola.

La mano torta per assenza e malformazione del cubito è assai rara, la statistica di Bouvier ne dà due casi. La sola assenza o malformazione delle ossa carpiche è ancora più eccezionale (Jeanne). Mentre infatti nel piede torto congenito quando esistono malformazioni ossee, queste sono a carico dello scheletro del piede e raramente mancano tibia e perone, nell'arto superiore è quasi sempre la mancanza o la deficienza di una delle ossa dell'avambraccio il substrato della deformità.

La mano torta congenita, per assenza o sviluppo incompleto del radio, per quanto non troppo frequente, è la deformità che è stata maggiormente osservata. Bouvier, Hoffa, Kümmel, Kirmisson, Leprince e Savornin, ne citano parecchi esempi. Il radio può mancare del tutto o solo parzialmente, la mano torta è ordinariamente radio palmare. I sintomi della deformità sono i seguenti: *a*) deviazione della mano sul bordo esterno dell'avambraccio; *b*) assenza completa o malformazione del radio; *c*) assenza delle ossa del carpo corrispondenti dal primo metacarpo al pollice; *d*) incurvamento del cubito; *e*) cicatrice cutanea situata all'estremo inferiore del cubito; *f*) atrofia dell'arto; *g*) assenza o atrofia di qualche muscolo; *h*) assenza del polso radiale. Naturalmente non tutti questi sintomi sono costantemente presenti.

Il caso che ho avuto occasione di studiare nella Clinica Chirurgica di Sassari è di un bambino di sei mesi, che è stato presentato per il ricovero il 21 maggio 1927.

P. G. mesi sei, da Alghero.

Anamnesi familiare completamente negativa. Il padre, la madre ed un fratello di due anni sono viventi e sani.

L'infermo è nato da parto normale a termine. Subito fino dai primi giorni di vita i familiari si accorsero che il bambino aveva la mano destra completamente addotta, in modo che le dita poggiavano sulla regione laterale interna dell'avambraccio. Notarono anche l'assenza bilaterale dei pollici.

Dalla nascita al giorno dell'ingresso in Clinica il bambino ha sempre goduto ottima salute.

Condizioni generali e stato di nutrizione ottimi. Sanguificazione della cute e delle mucose buona. Pannicolo adiposo discreto. Masse muscolari toniche.

Lo scheletro per ciò che riguarda capo, colonna vertebrale ed arti inferiori, non presenta anomalie di sorta.

Nulla a carico del torace e dell'addome.

L'arto destro è lievemente atrofico rispetto a quello di sinistra: la differenza di circonferenza nelle varie porzioni è di circa un cm.; presenta inoltre un accorciamento di cm. 3 rispetto all'arto di sinistra. La mano è anche atrofica e diminuita

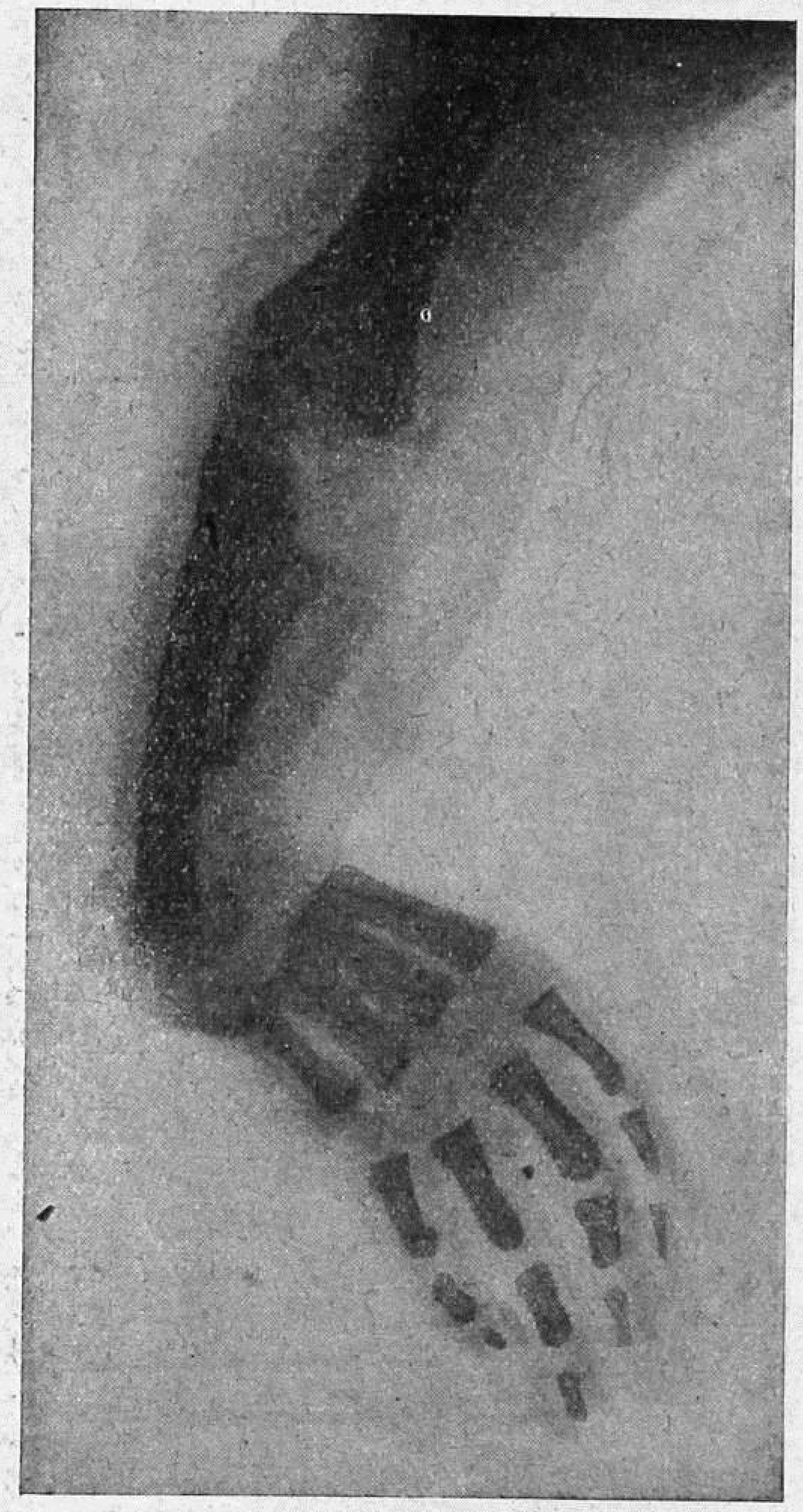


FIG. 1. — Mano destra prima dell'intervento.

di larghezza, la sua forma è modificata e si presenta, direi quasi, piatta. Si nota mancanza completa del pollice. La mano è posta ad angolo retto sull'avambraccio, inclinata verso il bordo radiale. L'estremità inferiore del cubito sporge sotto la cute. La mano possiede quattro dita che sembrano avere un metacarpo distinto. L'articolazione del polso è sul bordo interno dell'estremità inferiore del cubito, che appare notevolmente ingrossata.

Per ciò che riguarda i muscoli dell'avambraccio i più formati sono quelli della regione interna; quelli antero esterni sono atrofici. Alla mano l'eminenza thenar è poco sviluppata, i muscoli che la compongono sono atrofici.

Non è percepibile il polso radiale.

I movimenti attivi dell'articolazione del polso, per quanto è possibile rilevare data l'età dell'infermo, sono impossibili, si può eseguire qualche movimento passivo di flessione ed abduzione. La mano sinistra, pur essendo in ottime condizioni,

manca del pollice e nel suo punto di inserzione si nota una piccola cicatrice irregolare. I movimenti di questa mano sono però tutti possibili e completi.

L'esame radiografico non presenta speciali anomalie a sinistra se si eccettua la mancanza già notata. A destra l'estremo superiore del cubito non è modificato e appare normale l'articolazione radio-ulnare superiore, il radio però è assai breve (circa cm. 2) e si va sfilando ed assottigliando per scomparire totalmente a livello della metà dell'avambraccio. La forma del cubito è modificata, poichè la sua epifisi inferiore ha presso a poco le stesse dimensioni di quella superiore: si presenta inoltre leggermente incurvato dal lato radiale. L'articolazione per le ossa del carpo è sul bordo interno dell'osso.



FIG. 2. — Mano sinistra.

Il cubito destro è più corto del sinistro di circa 2 cm.

Non vi sono speciali alterazioni a carico della mano destra, se si esclude la mancanza delle ossa del pollice.

La R.W. eseguita alla madre dà risultato negativo.

Il 23 maggio, in cloronarcosi, si corregge in buona posizione l'arto e si applica un apparecchio gessato. Nei mesi successivi si sostituisce ogni 40 giorni l'apparecchio fino al novembre. Il P. viene ripresentato in Clinica, ma asportato l'ultimo apparecchio, si osserva che a nulla è valsa la cura incruenta, poichè la mano conserva il suo atteggiamento vizioso. Si decide quindi l'intervento.

Il 28 novembre 1927 (Prof. Dominici) il P. viene operato in cloronarcosi. Incisione sul lato ulnare, si scopre l'epifisi inferiore dell'ulna e le ossicine del carpo. Con una forbice ossivora si pratica l'asportazione dell'estremità inferiore dell'ulna mediante sezione obliqua diretta dall'alto al basso dal lato ulnare al radiale. I tentativi di riduzione completa della mano in posizione rettilinea sull'avambraccio, non riescono per l'ostacolo che oppongono i tendini del lato radiale retratti. Incisione sul lato



FIG. 3. — Mano destra dopo l'intervento.

radiale. Tenotomia dei tendini di cui sopra; la mano si riduce in posizione rettilinea completa. Con punti di catgut transossei si suturano le ossicine del carpo cruentate col raschiamento alla superficie cruenta dell'ulna. Si rafforza la sutura intraossea con qualche punto paraosteale. Sutura completa delle parti molli con catgut, fissazione con apparecchio gessato.

Il decorso post-operatorio è ottimo ed il 13 dicembre 1927 (XV^{a} giornata) si toglie l'apparecchio gessato. Si tolgono i punti ed essendo la ferita guarita per prima, si applica un nuovo apparecchio. Il P. si presenta il 15 gennaio 1928, si toglie l'apparecchio, ed essendo l'arto in buona posizione si pratica un esame radiografico. Si invia nuovamente a casa il bambino consigliando bagni tiepidi, massaggi e la fissazione della mano con una stecca di cartone durante la notte.

La radiografia eseguita il 15-1-928 dimostra che le

ossa dell'avambraccio si trovano sopra una linea retta rispetto a quelle della mano: non esiste un forte incurvamento del cubito la cui epifisi inferiore si è andata regolarizzando ed impiccolendo. Il bambino si presenta ad un nuovo esame il 27 luglio, ad otto mesi dall'intervento, e la mano oltre ad essere bene irrorata presenta un normale trofismo, è in buona posizione ed esegue tutti i movimenti. I buoni risultati ottenuti permangono quindi costanti.

In questa malformazione congenita quando la posizione viziosa dell'arto si accentua, esso si atrofizza, l'osso non cresce proporzionalmente agli altri segmenti, la mano diventa totalmente inutile e sarebbe talora necessaria, come Kümmel sostiene, la disarticolazione. Per tale ragione il maggior numero dei chirurgi consiglia l'intervento precoce. Un piccolo gruppo ritiene inutile tale intervento (Voigt, Vilms, Blenke, Piechaud, Kirmisson e Alamartine) perchè credono che la terapia della mano torta con mancanza di ossa nell'avambraccio è difficile per la poca conoscenza che si ha della tecnica operatoria e per l'incertezza e scarsità dei risultati. Ad essi si oppone però una serie di Autori fra i quali ricorderò i principali: Hoffa, Bardenheuer, Romano, Antonelli e Muscatello, i quali non solo propendono per l'intervento, ma propongono metodi operatorii personali.

Il trattamento chirurgico dell'assenza congenita del radio, varia con le lesioni che si riscontrano in ogni singolo caso. Tre metodi di correzione possono essere impiegati: *a*) ortopedico; *b*) misto; *c*) cruento.

Il metodo ortopedico è costituito da due tempi: in un primo tempo si esegue il raddrizzamento della deviazione per mezzo di manipolazioni e massaggio con o senza anestesia, a secondo che si tratti di raddrizzamento graduale con fascie elastiche e trazioni o di riduzione forzata. In un secondo tempo si applica un apparecchio di contenzione per mantere il raddrizzamento. Queste manovre sono indicate quando non vi sia eccessiva resistenza tendinea o fibrosa e particolarmente nei neonati. Il metodo misto è indicato quando la retrazione muscolare e tendinea oppone una resistenza invincibile al raddrizzamento. Si pratica allora una tenotomia e dopo di essa si applica un apparecchio a pianta o a doccia per qualche settimana e si integra la cura con l'applicazione di un apparecchio ortopedico.

Il metodo cruento (artrodesi) consiste essenzialmente nel rimediare al difetto di solidità del polso, con la saldatura del carpo all'estremità inferiore del cubito. Questo intervento si può naturalmente accompagnare a tenotomie ed a resezioni parziali del cubito, e viene completato dall'immobilizzazione con apparecchio ortopedico. Numerosi metodi sono stati proposti. Sayre (1893) dopo aver liberato il cubito da tutti i legamenti che lo fissavano al carpo, asportò il grande osso e la punta dell'apofisi stiloide del cubito e pose l'estremo residuo di tale osso nel cavo esistente nel carpo per l'ablazione del grande osso. La mano, posta così in linea retta, venne fissata con un apparecchio ed i risultati estetici e funzionali a distanza furono buoni.

Bardenheuer (1894) con un'incisione longitudinale ulnare scopriva ulna e carpo e dopo il distacco di tali ossa dalle loro connessioni, lussava la mano radialmente. Spaccava quindi l'ulna in direzione longitudinale fino alla sua porzione media e il carpo alquanto appuntito veniva impiantato fra le due metà dell'ulna divaricate. Il carpo era lateralmente fissato nella nuova posizione per mezzo di due chiodi. Sutura per prima; dopo otto giorni di immobilizzazione su stecca, asportazione dei chiodi ed applicazione di un apparecchio gessato immobilizzante per cinque settimane.

Romano (1894) propone un'incisione di 4 cm. sul bordo interno del cubito senza ledere vasi e tendini. Incisione e distacco del periostio, resezione di un angolo osseo del cubito avente la base all'interno dell'osso, l'apice all'esterno.

L'angolo che deve formare tale tacca ossea è superiore di quello retto per ottenere la correzione. Osteorrafia dei due segmenti del cubito, sutura periostale e cutanea. Apparecchio immobilizzante.

Mac Curdy (1895) aggiunse al metodo di Bardenheuer la sezione dei tendini dal lato radiale.

Antonelli (1904) ritenendo che col metodo di Bardenheuer si desse troppa fissità fra mano ed avambraccio, preoccupato dalla successiva assenza di flessione ed estensione propose le seguenti variazioni: spaccatura longitudinale dell'ulna dal suo estremo inferiore sino quasi all'estremo articolare superiore, con l'intento di costruire un nuovo radio. Spaccatura obliqua nel terzo medio del segmento adibito alla funzione ulnare, per permettere l'accorciamento dello scheletro pel raddrizzamento dell'avambraccio e della mano senza sacrificio per la muscolatura. Fissazione dell'estremo radiale del carpo al nuovo radio e di quello ulnare all'ulna mediante il filo d'oro. Apparecchio immobilizzante. A questa tecnica si può associare la tenotomia con l'allungamento plastico dei tendini che si oppongono alla correzione: è assai importante però frapporre fra le due ossa create artificialmente dei ventri muscolari.

Albee, in un caso da lui operato, ha eseguito un trapianto di un frammento di tibia da un'incisione praticata dal punto medio del cubito al carpo. L'innesto veniva posto fra i muscoli dell'avambraccio nella porzione in cui si dovrebbe trovare il radio. Un anno dopo raddrizzava l'ulna

mediante osteotomia, correggendone la difettosa curvatura. Albee descrive il caso dopo sei anni, dimostrando gli ottimi risultati funzionali del suo metodo.

In generale i vari Autori sono d'accordo che si debba intervenire prima di un anno, e la maggior parte di essi ha usata la operazione di Bardenheuer, la quale presenta però l'inconveniente dell'anchilosi ulno-carpica. Rincheval, Muscatello e Ligabue asseriscono essere tale operazione assai facile, purchè si proceda con prudenza. E' infatti frequente la rottura del frammento radiale all'angolo di separazione, l'esito non viene però compromesso. Nei casi di incurvamento del cubito, la mano resta in abduzione ed è consigliabile l'osteoclasia per il raddrizzamento. Il metodo di Romano ha, rispetto a quello di Bardenheuer, il vantaggio di ottenere un arto mobile, poichè egli non compromette in modo alcuno la articolazione carpico-cubitale. Muscatello dopo questi interventi crede necessaria una lunga immobilizzazione, sia per fare consolidare il manichetto neoformato, sia per lasciare adattare le parti molli alla nuova posizione. E' necessario quindi, per tale Autore, una immobilizzazione di due mesi e mezzo e poi delle stecche per 40 giorni.

La tecnica eseguita da Dominici ed applicata nel caso da me descritto è di esecuzione assai semplice ed evita traumatismi eccessivi a carico delle parti molli. L'anchilosi che si viene a produrre fra l'estremo inferiore dell'ulna e le ossicine del carpo è da preferirsi ad una eventuale recidiva o peggio ancora ad una mano ciondolante. D'altra parte Muscatello osserva che nei bambini le anchilosi ossee non avvengono facilmente e che in questi casi si mettono a contatto superfici, le quali resteranno ancora per lungo tempo cartilaginee.

Il nostro piccolo infermo, visto a distanza, eseguiva facilmente movimenti di estensione e flessione della mano. La tenotomia eseguita dal lato radiale non ha danneggiato in modo alcuno l'arto del paziente, anche perchè mancava completamente il pollice. Si viene così ad evitare il pericolo di produrre una frattura dell'osso come col metodo di Bardenheuer, nè si eseguono operazioni lunghe, complicate e fortemente traumatizzanti come quelle del Sayre e dell'Antonelli.

Riassumendo tutti i casi di mano torta congenita debbono essere curati precocemente. Infatti la malformazione si aggrava man mano che il soggetto avanza in età; la mano per le retrazioni tendinee e muscolari accentua sempe più la sua posizione patologica, rendendo l'arto inutile e facendo assumere all'atrofia muscolare proporzioni gravi ed irreparabili. In tali casi disgraziati Kümmel e Pauli hanno persino proposta la disarticolazione e l'amputazione.

La cura non segue regole costanti e non può essere schematizzata; se i mezzi di contenzione non rimediano al difetto di solidità del polso, allora è necessario intervenire cruentemente. Come tecnica rapida e poco traumatizzante è consigliabile quella usata da Dominici. I risultati funzionali dopo otto mesi si sono dimostrati ottimi.

BIBLIOGRAFIA.

ALBEE. Annals of Surgery, 1928.
ALAMARTINE. Revue d'Orthopédie, 1907.
ANTONELLI. Gazzetta Medica Italiana, 1904.
BARDELEBEN. Deutsche Med. Woch.
HOFFA. Lehrbuch der Orthopédie.
GOERLICH. Beitr. z. Klin. Chir., 1908.
KIRHISSON. *Précis de Chirurgie infantile*. 1906.
KÜMMEL. Inaugural Dissertation. Kassel, 1895.
LEPRINCE. Thèse de Paris, 1900.
LOTSCH Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1906.
MUSCATELLO. Archivio d'Ortopedia, 1906.
LIGABUE. Ibid., 1913.
NOVÉ JASSERAND. *Précis d'Orthopédie*. Doin, 1904.
RINCHEVAL Archiv f. Klin. Chir., Bd. 48.
ROMANO Archivio d'Ortopedia, 1894.
BOUVIER. *Dictionnaire enciclopédique des Sciences méd.*, 1870.
SAYRE. New-York med. Journal, 1893.
MC.CURDY. Ibid., 1895.

COMMENTI

A proposito di una nota del dott. Munna su una mia osservazione clinica di sanguisuga nella laringe.

Il dott. Munna, nel n. 11 di questo periodico, in un commento a una mia breve osservazione clinica riguardante una sanguisuga nella laringe (n. 7), afferma che egli adopera per terapia il tabacco da naso, preferibile — a suo detto — all'asportazione strumentale.

Questa cura è popolare sia in Sicilia che in Ispagna. Citelli nel 1902 parla della cura del tabacco, ma scrive anche che « bisogna stare attenti però che il tabacco da presa irrita molto le prime vie del respiro, e quindi non bisogna abusarne. La cura più razionale è però la cura chirurgica, che, quando si può, deve essere fatta fin da principio ». Nel suo trattato di otorinolaringoiatria del 1926 il Citelli non accenna nemmeno alla cura del tabacco.

Come il tabacco, si sono usati: l'inalazione di alcune gocce di cloroformio, la somministrazione interna di terebentina (Chavasse), il solfato di chinina in soluzione, la soluzione di tartaro emetico, i vapori di zolfo ecc.

Ma già dal 1883 un illustre laringologo spagnolo, Ramon de la Sota y Lastra, si lanciava contro tali cure, lagnandosi che nei malati che gli pervenivano « la mucosa era lavata con acqua carica di sal marino, già era stata cosparsa la gola di polvere di tabacco, già era stato obbligato il paziente ad aspirare il fumo di questa pianta, o i vapori prodotti dalla combustione dello zolfo, e tutto inutilmente, tutto con danno degli infelici i quali si sottopongono a tali tormenti ». E più avanti: « Sventuratamente per gli ammalati la maggior parte delle sostanze raccomandate servono solo a recar danno alle vie respiratorie ed aumentare i loro patimenti ». E raccomanda l'asportazione strumentale.

Anche senza sottoscrivere pienamente le parole dell'autore spagnolo, si comprende *a priori* come nei casi di sanguisughe nella laringe e nella trachea — altrettanto e forse più frequenti dei casi di sanguisughe nel rinofaringe — non si possa pensare alla cura con il tabacco e con tutti gli altri rimedi, ma bensì all'asportazione strumentale sotto la guida dello specchietto laringeo o con la laringoscopia diretta. Nei casi di sanguisughe nel rino-faringe si potrà anche usare il tabacco da presa, come consiglia il dott. Munna, come pure il cloroformio, sebbene anche quì l'asportazione diretta con una pinza — alla portata di qualunque medico, anche non specialista — è, se fatta *lege artis*, certamente non più dannosa dell'aspirazione di dette sostanze.

Roma, 25 marzo 1929.

Dott. GIUSEPPE MASSIONE.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DIGERENTI.

Le affezioni spastiche del colon.

(RYLE. *Lancet*, 1928, 1 dicembre).

Le affezioni spastiche del colon sono molto frequenti, rappresentano un'alta percentuale nel numero delle cause delle sofferenze addominali.

Lo spasmo del colon appartiene alla categoria delle neurosi viscerali. In effetti esso riscontrasi in individui che presentano speciali tipi fisici e psicologici, ha carattere accessionale, è aggravato da tutte quelle circostanze che deprimono o stancano i centri nervosi superiori, non è generalmente associato con alcuna lesione organica.

Ha strette analogie con l'asma, nella quale esiste un'eccitabilità ereditaria dei centri bronchiali ed una speciale sensibilità agli stimoli locali, psichici e periferici. E talvolta lo spasmo del colon si riscontra in individui che soffrono o hanno sofferto anche l'asma.

Gli stimoli che possono provocare lo spasmo del colon sono: 1) locali (purganti, stipsi); 2) centrali (emozioni, tristezza); 3) periferici esterni (raffreddamento).

Talvolta si riscontra contemporaneamente un aumento dell'eccitabilità dello strato muscolare esterno, della musculatura vescicale, ed anche spasmo pilorico, dismenorrea spastica, nonchè spasmi vasali come quelli che provocano il dito morto.

Mentre nelle lesioni occlusive ed irritative del colon c'è un aumento dell'attività peristaltica con restringimenti ritmici dovuti alle onde di contrazione di successivi gruppi di fibre circolari, nello spasmo del colon non si hanno movimenti ritmici, ma il tono o la posizione delle fibrocellule muscolari, comprese quelle longitudinali, è modificato in modo da determinare raccorciamento, rigidità e strettezza del lume del colon.

Questo stato è rilevabile sopratutto con l'esame radiologico.

Il dolore è anche esso determinato dall'aumento della tensione delle fibre muscolari liscie. Questa ipotesi è confermata oltre che dall'assenza di qualsiasi lesione infiammatoria che spieghi il dolore, anche dal fatto che manca ogni iperalgesia somatica ed un dolore ben definito nello stesso intestino colpito, nonchè dalla circostanza che il dolore aumenta con la tensione e viceversa.

Il carattere sostenuto e gravativo del dolore si accorda con questa duratura modificazione del

tono intestinale, in contrasto con il lancinante, transitorio dolore della colica peristaltica.

I pazienti di spasmo cronico del colon lamentano di solito un senso di malessere o dolore nel basso addome. Il senso di malessere è variamente descritto: senso di ristagno e di occlusione, di palla o di sbarra di piombo, che di solito ha la direzione e la sede dell'intestino grosso. Il dolore è di solito ottuso continuo, talvolta rovente o simile al mal di denti, non è costrittivo e ritmico come quello della colica da purganti, dell'enterite acuta, dell'occlusione intestinale, ed anche nei casi gravi dissimile dal dolore incessante, immobilizzante delle lesioni infiammatorie acute. Può assumere varie intensità: essere leggerissimo o gravissimo fino al punto da richiedere la morfina. Nei casi di media intensità il dolore è tale da non consentire alcuna occupazione, ma da non disturbare il sonno.

Il dolore è generalmente riferito alla porzione di colon affetto.

Il dolore può essere aggravato o determinato dal freddo, dall'eccesso di lavoro, dalle emozioni, dai purganti, dal fumo di tabacco, e nella donna dalla mestruazione.

Il segno della malattia rilevabile all'esame fisico consiste essenzialmente nella abnorme palpabilità della porzione del colon affetto, la quale dipende dalla rigidità, dal raccorciamento e dal raddrizzamento della parte stessa. Il grado di palpabilità varia nei vari esami ed anche durante lo stesso esame.

Le feci non hanno nulla di caratteristico: hanno colore normale, non contengono sangue e generalmente neppure muco.

La sigmoidoscopia, che è variamente dolorosa in relazione al grado dello spasmo, rileva l'integrità della mucosa.

L'esame radiologico non sempre dà risultati decisivi innanzi tutto perchè lo spasmo per la sua intermittenza può mancare al momento dell'esame. D'altra parte l'enteroclisma di bario può determinare una graduale distensione del colon. In terzo luogo è difficile distinguere dopo l'evacuazione i segmenti rimasti pieni di bario da quelli spastici. Il pasto di bario dà risultati più positivi di quelli dati dall'enteroclisma. Nei casi gravi il colon può apparire come un sottile cordone o una striscia. Le strozzature normali, dipendenti dal tono muscolare, nei casi di spasmo pronunciato si obliterano.

Spesso lo spasmo del colon si accompagna a colite muco-membranosa, ma questa si distingue dallo spasmo semplice innanzi tutto perchè essa si verifica quasi sempre solo nelle donne, perchè durante l'attacco (in seguito a stipsi, raffreddamento, emozioni o stanchezza) si ha l'emissione di gran quantità di muco a cilindri, a membrane o avvilluppante le scibale, perchè è più evidente e più frequente il nervosismo del soggetto, perchè il colon è meno palpabile ma più dolente. All'esame sigmoidoscopico si rileva la presenza di muco mentre nello spasmo semplice del colon la mucosa è normale o tutt'al più un po' arrossata.

Lo spasmo del colon può essere confuso con l'appendicite acuta e cronica, con l'ulcera duodenale, con la diverticulite, con il cancro del colon, con la colica renale, con l'occlusione intestinale, con le affezioni ovariche e tubariche, con la neurastenia e l'ipocondria, con i tumori fecali, ed infine con la colite ulcerativa.

La confusione con l'appendicite è la più frequente. Spesso vengono operati individui nei quali l'appendice si trova del tutto normale, e nei quali la sindrome dolorosa ricompare immutata dopo l'operazione. Sono criteri differenziali la mancanza, nel semplice spasmo del colon, della febbre, della difesa muscolare, del vomito e dell'iperalgesia cutanea. È da tener presente però che nelle forme di spasmo accompagnate da colite mucosa si può avere, durante le crisi di esacerbazione, lieve ipertermia, iperestesia cutanea e dolenzia profonda. In questi casi giovano per la diagnosi differenziale i precedenti anamnestici, la psicologia del paziente e l'ispezione delle feci.

L'ulcera duodenale può simulare lo spasmo del colon quando in questo c'è spasmo pilorico o gastrico alleviato dai pasti, o quando il dolore si sviluppa a distanza dai pasti ed è da questi alleviato.

La diverticulite può essere scambiata con lo spasmo del colon quando è localizzata a sinistra. È a tener presente che essa si verifica per lo più in individui ben nutriti e non neuropatici. D'altra parte sono criteri differenziali la dolenzia infiammatoria, l'indurimento pericolitico e la ipertermia durante le esacerbazioni del male.

Dal cancro del colon lo spasmo si distingue per la morbidezza del tumore, la sua forma a salsiccia o a bacchetta, la sua mobilità quando è localizzato nel colon ascendente o trasverso, la variabilità del volume e della durezza, la completa scomparsa durante l'esame o dopo un bagno caldo, la mancanza di sintomi occlusivi, di diarrea e di emorragie, la lunga durata dei disturbi intestinali. Nei casi dubbi occorre l'esame radiologico.

La confusione con la colica renale è più difficile a causa dell'intensità e localizzazione del dolore in questa affezione.

L'occlusione intestinale si distingue per l'intensità del dolore e l'imponenza dei fenomeni generali.

I disturbi dello spasmo sogliono essere attribuiti ad affezioni ovariche quando le esacerbazioni del male coincidono con disturbi dismenorroici. Lo studio accorto della storia del paziente e l'esame obbiettivo risolveranno ogni dubbio.

Talvolta si attribuisce lo spasmo del colon alla neurastenia ed all'ipocondria, ma è a tener presente che queste sindromi neuropsichiche non possono dare una sufficiente spiegazione del dolore e del reperto obbiettivo.

Dalla colite ulcerosa lo spasmo del colon si distingue mediante l'esame sigmoidoscopico.

Il trattamento consiste nell'influire sullo stato psichico, in una dieta adeguata, nel ridurre farmacologicamente lo spasmo.

I pazienti devono essere rassicurati. Essi per lo più temono fortemente di essere affetti da appendicite o da cancro. Talvolta lo spasmo cede quando i pazienti sono stati convinti di non soffrire alcuna seria affezione organica.

I pazienti devono fare moto moderato, non affaticarsi mentalmente, nè fare strapazzi d'ogni genere. Devono astenersi dal prendere eccitanti, caffè, thè, ecc. Deve essere proibito il fumo.

La dieta deve essere mista, sopprimendo solo quegli alimenti che tendono a provocare la flatulenza. I vegetali teneri devono essere presenti con una certa abbondanza nei pasti.

I purganti devono essere proibiti. Si può consentire solo l'uso dei lubrificanti.

Per ridurre lo spasmo conviene suggerire la belladonna e l'yosciamina.

I bromuri si consiglieranno quando coesista uno stato di ansia e di eccitamento.

Nei casi di dolore grave e di esacerbazione di una colite mucosa, sia per lavare sia per ridurre lo spasmo, si praticheranno abbondanti enteroclismi caldi praticati lentamente ed iniezioni rettali di vaselina liquida calda.

DR.

La diagnosi di ileo.

(LOTHEISSEN. *Wien. Klin. Woch.*, n. 3, 1929).

L'improvvisa insorgenza di dolori più o meno localizzati, con malessere, vomito, polso frequente, sospensione delle scariche intestinali, rapido decadimento delle forze col quadro di una intossicazione, è tutto un insieme sintomatico che fa pensare ad una occlusione acuta dell'intestino.

Quello che però interessa è di porre la diagnosi della causa e di sede della malattia, onde indirizzare il chirurgo nell'eventualità di un atto operativo.

Nel caso che si tratti di un ileo cronico, passato improvvisamente allo stadio acuto, sarà l'anamnesi accurata a offrirci lume diagnostico; si potrà cioè apprendere che nel passato il paziente accusava spesso dolori crampiformi al ventre, in seguito ai quali è comparsa la fenomenologia dell'occlusione acuta. Si tratterà allora o di un fatto tubercolare o di un tumor.

La tubercolosi del tenue colpisce per lo più soggetti giovani e raramente termina con l'ileo. La tumefazione di tale natura può essere per lo più palpata nel ceco. I carcinomi, invece, spessissimo non sono palpabili; quelli più bassi insorgono in genere dopo il 50° anno, mentre quelli più alti anche prima del 30°. La rettoscopia ci farà scoprire quelli del sigma. Non bisogna poi dimenticare che i tumori possono produrre l'ileo anche se estrinseci all'intestino, e allora agiscono per compressione.

Il lume del neoplasma può essere occluso in maniera improvvisa da un corpo estraneo pervenutovi, come sovente hanno potuto constatare gli operatori.

Una forma speciale d'ileo da corpo estraneo è quello dovuto a incuneamento di calcolo biliare, che avviene per lo più nelle porzioni alte dell'intestino, provocando vomito di contenuto gastrico e di bile, senza odore fecale. Vomito simile può poi essere in rapporto ad una atresia congenita del duodeno o del digiuno, manifestantesi ai primordi della vita extrauterina, e raramente in seguito a occlusione arterio-mesenteriale, come accade nei soggetti scoliotici o spondilitici.

La stessa sede che nei casi precedenti ha l'incarcerazione del tenue nel recesso duodeno-digiunale (ernia del Treitz), e allora è palpabile attraverso alla parete addominale una tumefazione.

La pancreatite acuta può essere talora scambiata per occlusione intestinale, per quanto sia possibile rilevare dei punti dolorosi caratteristici: zona trasversale corrispondente al pancreas, al fianco sinistro, e sotto la clavicola sinistra innanzi al processo coracoideo.

Le occlusioni più basse del tenue, e sopratutto quelle dell'ileo si manifestano con vomito di odore fecale, con meteorismo di alto grado, e da una risonanza percussoria metallica al disopra dell'ostacolo.

Il sospetto di ileo deve controindicare la somministrazione di purganti, mentre invece saranno indicati i clisteri, in maniera che dalla quantità di acqua ritenuta nell'intestino si possa giudicare più o meno approssimativamente il punto occluso.

Un tipo di occlusione è quello che avviene in corrispondenza del recesso ileo-cecale, per il quale l'appendice partecipa alla sintomatologia a causa della flogosi che la colpisce.

L'ipotesi di un ileo per incarcerazione deve poi far escludere che non si tratti di strozzamento erniario.

Lo strangolamento intestinale si manifesta con un dolore improvviso, intollerabile, e spesso con un meteorismo localizzato all'ansa incarcerata (segno di Wahl), la quale può

venir talora individuata palpatoriamente. Dopo poche ore si trova spesso del liquido libero nella cavità addominale.

Il volvolo colpisce per lo più individui al di là dei 50 anni, e i dolori crampiformi si accusano verso il sacro se si tratta del sigma, e intorno all'ombelico nelle forme interessanti altre porzioni.

L'invaginazione è di frequenza diversa a seconda dei paesi, e nella metà dei casi avviene nei bambini fino al 10° anno di età. Nell'80 % dei soggetti si hanno scariche di muco sanguigno o di sangue puro.

Non è facile, in pratica, distinguere tutte queste varie forme; la diagnosi d'ileo, comunque, è sufficiente a giustificare l'intervento del chirurgo, evitando la somministrazione preventiva di oppiacei, i quali fanno rapidamente offuscare il quadro caratteristico.

M. FABERI.

TISIOLOGIA.

Potere battericida dei liquidi di pleuriti tubercolari sul bacillo di Koch.

(P. COURMONT, H. GARDÈRE. *Bulletin de l'Académie de Méd.*, n. 26, 1928).

Fin dal 1898 P. Courmont ha dimostrato l'azione battericida dei liquidi di pleuriti tubercolari sulle colture del bacillo di Koch. La tecnica delle esperienze, messa in pratica dagli AA. attualmente, è la seguente:

In provette d'acqua peptonizzata e glicerinata si diluisce a tasso vario (1/8, 1/4, 1/2) del liquido pleurico tubercolare. Queste provette di diluizione, una o più provette di liquido pleurico assoluto, e delle provette di acqua peptonizzata e glicerinata di controllo, sono tutte seminate con una stessa quantità di coltura di bacillo di Koch, messe in stufa a +37°, ed agitate tutti i giorni. Le colture si sviluppano in tutto lo spessore del liquido, e permettono di giudicare facilmente l'assenza o la intensità della vegetazione microbica.

Dopo alcuni giorni di stufa si vede assai netto l'intorbidamento microbico nelle provette di controllo, mentre quelle con liquido pleurico restano limpide durante un certo tempo, od anche indefinitamente.

La coltura può svilupparsi in alcune delle provette contenenti liquido pleurico, ma sempre con un ritardo, e tanto più debolmente quanto maggiore è la quantità del liquido pleurico.

Nel liquido pleurico puro la vegetazione non avviene quasi mai.

La esperienza di controllo, eseguita nelle stesse condizioni, ma con liquido pleurico non tubercolare, dimostra che tutti gli altri liquidi non solo non hanno potere battericida, ma costituiscono un eccellente mezzo di coltura, al contrario del liquido tubercolare.

Ma quest'ultimo è capace di determinare solamente un ritardo dello sviluppo dei bacilli seminati, o può, in determinate condizioni, uccidere gli elementi microbici posti a contatto? È molto importante poter dimostrare che esistono nell'organismo elementi umorali capaci di distruggere *in vitro* un bacillo così resistente come il b. di Koch.

Gli AA. credono di essere giunti, con le loro esperienze, a tale dimostrazione, e distinguono, nelle condizioni d'esperimento, un potere battericida vero, la cui azione è limitata a poche migliaia di bacilli, ed un potere ritardante sulle colture, la cui azione, a più vasto raggio, può, per una stessa dose di liquido pleurico, modificare la vegetabilità di milioni di elementi microbici.

L'aspetto microscopico e l'acido-resistenza dei bacilli delle colture, ritardate dal liquido pleurico, non sembrano modificati. L'invecchiamento del liquido pleurico ne attenua il potere battericida, come pure la filtrazione attraverso candele Chamberland L^3 ed L^5. Indifferente è apparsa la diluizione del liquido stesso in brodo glicerinato, fino alla proporzione 1:6.

L'azione del calore è la seguente: riscaldato a +56° per 30 minuti, il liquido pleurico non perde il suo potere battericida. Esso differisce, da questo punto di vista, dall'alessina e si avvicinerebbe all'azione delle « leucine » estratte dai globuli bianchi.

A parte la grande importanza teorica, il potere battericida dei versamenti permette interessanti applicazioni cliniche.

Gli AA. hanno esaminato 17 casi di pleurite tbc. sierofibrinosa, classificandoli a seconda del potere battericida: *elevato*, espresso dalla diluizione 1:8, 1:4 del liquido pleurico nella coltura, risultata sufficiente a impedirne la vegetazione, *medio*, quando la diluizione è 1:2, *debole*, quando il liquido è assoluto.

Confrontato con le altre proprietà umorali dei liquidi pleurici (agglutinazione, deviazione del complemento, ecc.) il potere battericida appare dello stesso valore dimostrativo della agglutinazione, sia per la diagnosi che per la prognosi.

In certi casi in cui la natura di una pleurite cronica appare oscura (tbc. sifilitica, cancerosa, cardiaca) l'assenza o la presenza del potere battericida avrebbe notevolmente facilitato la diagnosi. Il valore prognostico del potere battericida apparirebbe anche superiore a quello del potere agglutinante. Infatti di 12 casi con potere b. elevato o medio, 10 sono usciti dall'ospedale guariti o in buone condizioni, 1 in stato mediocre, 1 solo è morto; mentre di 5 casi con potere b. debole, 4 sono morti nell'ospedale.

Si avverte che si intende parlare di una *sieroprognosi locale*, in quanto la pleura reagisce localmente per creare i propri anticorpi di difesa immediata. Ma la prognosi di un

tubercolotico dipende evidentemente da tutte le altre localizzazioni tubercolari, contro le quali la difesa pleurica non può nulla.

Si può ammettere che il potere battericida agisca *in vivo* sia distruggendo i bacilli e arrestandone la moltiplicazione, sia favorendone la distruzione per fagocitosi e processi cellulari analoghi. Per ciò, forse, i bacilli sono così rari nei liquidi delle pleuriti sierofibrinose, e per ciò queste tendono a guarire facilmente.

Comunque, lo studio del potere battericida del liquido pleurico, e della sieroprognosi locale sembra costituire un capitolo importante di fisiopatologia della pleura.

A. Piccinelli.

Gli streptococchi emolitici come agenti infettanti secondari nella tubercolosi polmonare.

(W. M. Cumming. *Edinburgh med. Journal*, marzo 1928).

I pareri sull'importanza delle infezioni secondarie nella tubercolosi polmonare sono diversi; alcuni ritengono che esse non abbiano importanza essenziale sul vero processo tubercolare, altri ritengono invece che le lesioni e molti sintomi gravi siano sempre e soltanto dovuti all'infezione mista; altri adottano una via di mezzo affermando che i sintomi e le lesioni sono date dal solo bacillo tubercolare, ma che le infezioni miste possono dare sintomi più gravi ed essere responsabili della prognosi sfavorevole della malattia.

Questa disparità di opinioni non maraviglia, quando si consideri la natura degli agenti infettanti secondari: streptococchi, pneumococchi, micrococchi catarrali, protei, bacilli difteroidi, tutti quasi sempre presenti nello sputo dei tubercolotici, sono germi di patogenicità variabile. P. es., gli streptococchi isolati da un caso di setticemia fulminante e rapidamente fatale non sono distinguibili con i consueti mezzi di laboratorio, da quelli che si trovano in una gola normale.

L'A. ha scelto a tema del suo studio gli streptococchi emolitici per diverse ragioni.

1) Gli streptococchi emolitici appaiono gli agenti infettanti più frequenti nelle infezioni secondarie;

2) Le malattie provocate dagli streptococchi sono spesso caratterizzate da febbre etica e da tendenza all'emorragia, due caratteristiche della tubercolosi polmonare. Sembra quindi, che possa esistere un certo rapporto fra la presenza di tali germi nello sputo e la comparsa dei segni su accennati;

3) Nelle malattie dell'apparato respiratorio diverse dalla tubercolosi, la frequenza degli streptococchi emolitici è maggiore che nel normale; la loro presenza oscura spesso la prognosi, mentre è da rilevare che molte complicazioni e sequele di tali malattie sono da attribuirsi ad infezioni streptococciche. Gli streptococchi si trovano nel 90 % dei casi di scarlattina, nel 72 % di quelli di morbillo, nel 70 % dell'influenza, nel 50 % della polmonite lobare; la varietà emolitica costituisce l'agente infettante secondario più frequente nella difterite.

Raccolta del materiale ed identificazione del germe.

Allo scopo di ovviare delle contaminazioni, l'A. raccoglieva lo sputo subito dopo la lavatura della bocca e del faringe e lo esaminava al più presto. Si faceva l'esame microscopico, dopo colorazione col Gram e, a seconda della maggiore o minore abbondanza di germi (diversi dal bacillo di Koch) emulsionava in brodo un'ansata più o meno grande.

L'ansa, scaldata al rosso, veniva immersa rapidamente nelle parti purulente dello sputo e rapidamente levata, in modo da evitare il più possibile la contaminazione con saliva. Un'ansata dello sputo emulsionato veniva poi strisciata su una piastra di agar contenente 1/12 di sangue umano fresco e tenuta poi a 37° per 24 ore. L'agar usato era preparato secondo le indicazioni di Torrey e Buckell (*Journ. infect. diseases*, 1921) per la coltura del gonococco.

Le tre colonie, che mostravano un maggiore anello di decolorazione, venivano isolate, escludendo, ad ogni modo, quelle con anello inferiore a 2 mm.; la maggior parte lo aveva di 3-4 mm.

Quando non si avevano anelli di decolorazione o questi erano troppo piccoli, si ripeteva l'esame ad intervalli variabili da una settimana a parecchi mesi. Si escludeva la presenza di streptococchi emolitici, soltanto se in tre piastre, preparate con materiale preso ad intervalli non minori di una settimana, erano assenti colonie con anello decolorato o con anello inferiore a 2 mm. Tutte le piastre negative al primo esame lo furono anche ai successivi.

L'identificazione venne fatta con i seguenti criteri.

1) Capacità emolitica; coltura per 24 ore in brodo al 40 % di siero di coniglio, centrifugazione, sospensione del deposito, in modo da ottenere la stessa opacità che quella di 25.000 milioni di stafilococchi per cmc.; cmc. 0,2 di tale emulsione devono emolizzare completamente, in 2 ore a 37°, 1 cmc. di emazie di coniglio a 3 %;

2) Reazioni sierologiche;

3) Patogenicità.

Con questo metodo, su 119 casi, venne isolato il tipico streptococco emolitico, in 22. Fra questi, 20 appartenevano al tipo I di Gordon, 1 al III ed 1, probabilmente, al raro tipo II. Il tipo III è quello abitualmente presente nella scarlattina e l'unico isolato appar-

teneva ad un bambino che il giorno dopo l'esame dello sputo, ebbe i sintomi classici della scarlattina.

Negli altri 97 casi, venne isolato in 89, un germe, a cui l'A. diede il nome di pseudo-emolitico, distinguibile dal viridans.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Non è possibile stabilire una relazione esatta fra la presenza dello streptococco emolitico ed i fenomeni clinici, ma si può affermare quanto segue:

1) L'emottisi si verifica tre volte più spesso fra i pazienti con streptococco emolitico che fra quelli che ne sono privi;

2) La febbre etica si verifica due volte più spesso fra i primi che fra i secondi;

3) La presenza contemporanea di emottisi e di febbre etica era 5 volte più frequente nei pazienti con streptococco emolitico;

4) Il 52 % dei casi senza S. emolitico non aveva nè febbre nè emottisi, mentre solo il 18 % di quelli con S. emolitico mancava di tali sintomi; probabilmente questa ultima percentuale va anche ridotta di molto;

5) La mortalità, nei pazienti con S. emolitico, è stata doppia di quella degli altri;

6) Degli altri 97 casi, 89, come si disse, avevano lo S. pseudoemolitico, mentre in 8 mancava l'emolitico ed il pseudoemolitico; non si può stabilire nessun rapporto fra tale presenza e quella dei sintomi della febbre etica e dell'emottisi.

Sembra, in complesso, che si possa concludere che lo S. emolitico, come agente infettante nella tubercolosi polmonare avrebbe un effetto potenzialmente, ma non inevitabilmente, dannoso sulla prognosi, immediata od ultima, del caso, mentre lo S. pseudoemolitico non avrebbe tale influenza.

Con i germi isolati, l'A. ha anche preparato dei vaccini autogeni: brodo-colture di 24 ore, dalla quarta generazione, tenute per 15' a 55° e diluite in modo da ottenere 400 milioni per cmc. Iniezioni settimanali da 1/10 a 1 cmc. In linea generale, si può dire che si ebbero miglioramenti soltanto nei casi che ebbero manifeste reazioni. FILIPPINI.

ORGANI GENITALI MASCHILI.

Contributo alla conoscenza delle epididimiti settiche con speciale riguardo alle forme decorrenti cronicamente.

(*Zentralbl. f. Urol. Chir.*, vol. 25, f. 3-4).

Esistono delle epididimiti che decorrono cronicamente e che diagnosticate per tubercolari non si dimostrano tali all'esame microscopico il più accurato, dopo la asportazione del testicolo malato.

Il Lindgren ha esaminato le schede di 258 malati affetti da epididimite cronica ricoverati nell'Ospedale Seraphimer di Stoccolma, trovando che in 46 casi l'esame istologico dell'organo malato era risultato negativo per lesioni tubercolari. La percentuale risulterebbe del 17,8 % dei casi. Da tali casi vennero escluse di proposito le epididimiti croniche secondarie a cause diverse ma conosciute (sondaggio ripetuto dell'uretra, ipertrofia della prostata, restringimenti ecc.). Le persone più colpite da tale affezione riguardavano persone del basso ceto, lavoratori: la maggior parte (esattamente quasi la metà) avevano 20-30 anni. Il più giovane paziente aveva 12 e il più vecchio di essi 73 anni. Nel 65,2 % dei casi la parte colpita era la destra: in 3 era bilaterale. La malattia è rara, ma probabilmente meno di quanto non si sia creduto fino ad ora.

Kocher che fu il primo ad occuparsi di tale argomento divideva le epididimiti croniche non tubercolari in 3 gruppi: 1) epididimiti traumatiche; 2) epididimiti uretrali; 3) epididimiti metastatiche.

E. traumatica. Il rapporto causale tra trauma ed epididimite deve essere preso naturalmente con la giusta valutazione di tutti gli elementi patogenetici. Dal complesso delle osservazioni di altri autori e dalle personali, l'A. giunge alla conclusione che il trauma determinando delle emorragie, prepara un terreno favorevole all'attecchimento e alla moltiplicazione dei germi. Per quanto naturalmente sia molto difficile escludere la presenza di una lesione antecedente al trauma stesso, tuttavia la evenienza di una epididimite traumatica sembra indubbia in quei casi nei quali il dolore del trauma non fu seguìto che dopo qualche giorno dalla manifestazione flogistica. Solo in un caso dell'A. coesisteva un'infezione venerea: in tutti gli altri 11 mancava.

E. uretrale. È certo la forma più frequente. Sembra anche certo che alla antiperistalsi del deferente spetti una parte importante nella patogenesi di questa forma di epididimite, ma non si conoscono i momenti atti a determinare tali movimenti. L'A. ne ha osservati 13 casi.

E. metastatica. È la forma meno frequente, ma si osserva in occasione di malattie generali: anche nella colinfezione. L'A. ne ha osservati 6 casi.

Oltre i 3 gruppi precedenti, l'A. ne conta un 4° nel quale rientrano 14 casi dei quali non tutte le ricerche furono potute fare.

Clinicamente in tutte queste forme, la malattia si inizia con una fase acuta che nell'anamnesi accurata si lascia sempre riconoscere. Dopo qualche tempo tumefazione e dolore cedono, regrediscono, ma non scompaiono mai. In prosieguo, ogni tanto si assiste ad una modesta riaccensione dei sintomi e così il processo si trascina per anni. Di solito la malattia è unilaterale: se colpisce ambo i testicoli essi vengono colpiti uno dopo l'altro.

All'esame obbiettivo di tali malati si è colpiti dal loro aspetto pallido, di guisa che la

diagnosi viene naturalmente indirizzata verso la tubercolosi. La temperatura al di fuori degli accessi acuti febbrili, è normale o quasi. Non di rado il paziente è colpito da brividi durante la malattia.

L'emiscroto affetto pende più basso dell'altro: e insieme con il testicolo leggermente sensibile si palpa alterato l'epididimo. Le alterazioni di quest'ultimo possono essere varie. È talora un rigonfiamento diffuso, ma più spesso la tumefazione è localizzata alla coda. La superficie di tale gonfiore è liscia, dura, e la pressione su essa è dolente un poco.

Il deferente duole alla pressione anche modesta.

La tubercolosi dell'epididimo ne differisce per caratteri opposti. La formazione di ascessi e fistole è rara: anzi se si forma qualche piccola raccolta, questa tende al riassorbimento. Quasi sempre si accompagna uno scarso idrocele simpatico, nel cui liquido giallastro più o meno limpido, si ritrovano qualche volta gli agenti patogeni.

La prostata è normale. Qualche volta è tumefatta in toto o parzialmente, liscia, tesa: il liquido prostatico è allora purulento, o almeno torbido, con germi diversi. Le vescicole seminali sono anch'esse talora colpite dal processo infiammatorio, ma assai meno frequentemente che nella tubercolosi.

Le urine sono torbide spesso, a reazione varia.

Vi si trovano corpuscoli bianchi, raramente emazie, poco o niente albumina. Importante è la cultura delle urine: spesso riesce positiva per strepto- o stafilococchi o colibacilli. Questo dato, se positivo, parlerebbe assai per la natura settica del processo, per quanto — naturalmente — non possa escludere la tubercolosi.

La reazione di Fähraeus nella tubercolosi si svolge più rapidamente che nel normale, nelle epididimiti settiche essa si comporta variamente.

Come si è detto, vari possono essere gli agenti etiologici. Sono strepto- stafilococchi, colibacilli, germi diversi, nell'ordine di frequenza.

Per quello che riguarda la anatomia patologica, nella fase acuta, l'epididimo e la vaginale si presentano in toto o parzialmente tumefatti; arrossati, edematosi. Non manca quasi mai un idrocele sintomatico. Microscopicamente si osserva il quadro di un'infiammazione acuta con cellule desquamate nei canali, insieme ad un essudato liquido e leucociti. Anche il tessuto interstiziale presenta analoghe lesioni. Qua e là si formano poi piccoli ascessi, i quali possono rimanere a lungo circoscritti da una proliferazione di connettivo. Mancano le cellule giganti e le necrosi caseose; elementi che debbono permettere una differenziazione dai piccoli ascessolini tubercolari.

Nel deferente si assiste a una eguale sindrome: a lungo andare poi si manifesta un'obliterazione del suo lume. È chiaro — da quanto si è detto — che la prognosi *quoad vitam* sia buona, laddove che è assai riservata *quoad valetudinem*. È evidente come si possa talora assistere ad un'atrofia o ad una azoospermia, la quale — però — qualche volta scompare dopo una regressione accentuata dei fenomeni flogistici.

La cura dev'essere conservativa: riposo, impacchi caldo-umidi, sospensorio. Sono stati proposti ancora numerosi metodi, ma sono caduti in disuso. Dubbi i risultati con la cura vaccinica. Chirurgicamente si può, nei casi più ostinati e dolorosi, ricorrere alla epididotomia o all'epididectomia. Si possono aprire, spaccare, escidere le pareti di un ascesso e chiudere per primam. Nei casi dubbi si deve fare un'escissione e una biopsia, per quanto Wildholz preferisce ricorrere subito alla epididectomia anche in questi casi. La emicastrazione è raramente indicata.

E. MINGAZZINI.

A proposito di un'osservazione di torsione del testicolo.

(PERARD e ARVISET. *Journal d'Urologie Médicale et Chirurgicale*, gennaio 1928).

In questi ultimi anni le osservazioni su questo argomento sono diventate numerose. Quale causa predisponente principale dell'affezione va ricordata la mobilità anormale del testicolo e la sua peduncolizzazione entro la vaginale. È molto utile, dal punto di vista clinico, distinguere la sintomatologia in tre forme:

Una forma acutissima; la classica, con dolore violentissimo, sincopale, irradiato all'addome, vomito, nausea, pallore, polso piccolo, e spesso anche una difesa addominale notevole con chiusura dell'alvo, tanto da simulare uno strozzamento erniario. Appare un edema forte dello scroto, e se non s'interviene subito, il testicolo va in preda alla gangrena o atrofia.

Una forma subacuta, senza dolore sincopale e vomiti, ma solo con scarsi segni fisici locali, che possono far pensare ad un'orchite specifica. Lo scroto è edematoso, con un volume triplo, dolentissimo, ed è difficile riconoscere il didimo e l'epididimo. L'evoluzione si fa verso l'atrofia dell'organo. La diagnosi si fa per esclusione; per l'assenza di lesioni uretroprostatiche, lesioni urinarie, ed infezioni generali.

Una terza forma a ripetizione, in cui le crisi di torsione si ripetono più volte a vario intervallo di tempo; ed in cui la detorsione avviene generalmente spontaneamente: finchè una volta avverrà una torsione completa a decorso acutissimo, che terminerà con la gangrena. Ciascuna di queste piccole crisi è caratterizzata da lievi dolori e da un gonfiore che scompaiono rapidamente. È importantis-

simo poter fare la diagnosi in questo stadio, perchè con un'operazione di orchipessia si eviterà il pericolo di una torsione completa acutissima.

La diagnosi, in genere, è difficile, bisogna sempre pensarci, altrimenti non si fa. In quanto alla cura, solo colla tempestività dell'intervento si può sperare di salvare il testicolo.

L'osservazione, che riferiscono gli AA., concerne un caso di torsione completa acuta, che finì colla necrosi del testicolo, che fu asportato.

V. Lozzi.

Le forme fruste della torsione dell'idatide sessile di Morgagni.

(Mouchet A. *La Presse Médic.*, n. 85, 1928).

L'A. si riporta al suo primo lavoro « orchite subacuta della infanzia e dell'adolescenza dovuta ad una torsione della idatide sessile del Morgagni » ed alle altre pubblicazioni successivamente comparse sull'argomento, e fa presente che esistono anche delle *forme fruste*, nelle quali non si ha la sintomatologia del quadro acuto o subacuto, mancando la insorgenza rapida ed i fenomeni generali, ed essendo molto attenuati i segni locali.

L'A. ne illustra quattro osservazioni, le quali si riferiscono ad adolescenti dai 13 ai 16 anni.

L'inizio dell'affezione fu improvviso solo in un caso, come nella forma classica, descritta sotto forma di orchite subacuta (dolori violenti, retrazione del testicolo verso l'anello esterno del canale inguinale, tendenza alla sincope). Negli altri tre pazienti l'inizio della affezione non è stato mai brusco: per lo più si presentavano dolori fugaci, esacerbantisi con la deambulazione, con lo strofinio dei pantaloni sullo scroto o con la palpazione. Mai vi fu febbre o malessere generale.

La sintomatologia delle manifestazioni locali di tali forme fruste è caratterizzata dalla mancanza di aumento di volume, dall'assenza di edema e di arrossamento dei tegumenti.

Al disopra del testicolo si apprezza un nodulo quanto un pisello, di consistenza duro-elastica, doloroso alla palpazione; a volte si può osservare per trasparenza, attraverso la pelle dello scroto, un colorito nero o bluastro (in un caso), tanto da poter pensare ad una cisti.

Raramente vi è liquido presente nella vaginale.

L'idatide sessile del Morgagni in tali casi si è presentata sempre aumentata di volume; qualche volta nera o rossastra alla sua base.

In due casi si è osservata nettamente la torsione; in un altro caso le note istologiche lo attestavano. Microscopicamente, nell'unico caso in cui fu praticato l'esame, si rinvenne un infarto emorragico.

Un carattere anatomico importantissimo che differenzierebbe le forme fruste dalle forme classiche è l'assenza di risentimenti nell'apparato epididimo-testicolare. Non si vede nè l'aumento di volume nè la vascolarizzazione intensa della metà superiore dell'epididimo e del testicolo, che si verificano nelle forme acute.

La diagnosi della forma frusta non fu possibile che in due casi; negli altri due primi casi, non essendo conosciuta tale forma, fu esclusa la diagnosi di torsione della idatide sessile del Morgagni a causa della assenza dei fenomeni acuti che si verificano nella forma già nota ed illustrata. Mouchet ritiene che nelle forme fruste la diagnosi può essere facile e si può soltanto confondere con la cisti epididimaria. Ma, siccome questa è molto più rara nei bambini, si può pensare più facilmente alla idatide sessile del Morgagni torta.

Jura.

STORIA DELLA MEDICINA

Gli ozii campestri di Scarpa (1).

Il prof. Achille Monti in un suo recente lavoro (2) così traccia il ritratto dello Scarpa quale era sul ricordo di quelli che furono studenti a Pavia tra il 1825 ed il 36. « Quel gran vecchio dal volto severo, dallo sguardo magnetico, che non dava confidenza a nessuno, che insegnava e conversava in latino con sicuro eloquio, ma sempre con tono e gesto d'imperio, che operava rapido, insensibile alle grida dei pazienti, che godeva a sezionare i cadaveri dei più illustri colleghi, come lo Spallanzani, il Brunacci, il Brugnatelli, parve impenetrabile come la sfinge, freddo come la morte, implacabile come il destino.

Perciò era temuto, come un antico nume, superstite d'altri tempi, vendicativo e crudele ». E tale doveva essere certamente l'aspetto esteriore dell'uomo, come del resto di molti chirurghi, ma forse non del tutto corrispondente all'intima realtà.

Lo Scarpa tutti gli anni passava le proprie vacanze nella sua villa nel pavese di Bosnasco e così ne scriveva all'amico dott. Morigi di Piacenza, che lo richiedeva per un consulto.

« Sono arrivato qui ieri, e veramente col solo solissimo progetto di starmene in perfetta quiete, come faccio ogni anno per un mese, senza sentir parlare di malati e malattie. Se si potesse quindi combinare che voi veniste qui, e che ci potessimo intendere senza che io venissi a Piacenza si combinerebbe il desiderio del malato col mio ».

---

(1) Da una raccolta di lettere al Morigi, chirurgo di Piacenza.

(2) Achille Monti. *La figura di Antonio Scarpa nella storia della scienza e sulla fortuna dell'Università di Pavia.* Istituto Pavese di Arti grafiche, 1927, anno VI.

Nella quiete campestre deponeva la toga professorale per occuparsi dei suoi poderi, di caccia e passava qualche ora a giocare col Rettore della Villa riferendone al Morigi qualche volta con fine umorismo.

Di agricoltura, come altri grandi chirurghi, e basti accennare al Bassini, se ne occupava personalmente come risulta da questa lettera. « Sono oltremodo contento, ed il mio fattore ugualmente, dei manzetti. Questi sono d'una bellezza a tutta prova. Vi ringrazio quanto so e posso dei vostri favori. Mi lusingavo di trovarvi unito il mio conto per saldare il mio debito non obliavo quello dell'erba medica. Fatelo al più presto perchè quando ho debiti dormo male ». In altre lettere dà ordinazioni per piante fruttifere raccomandandosi che siano « già innestate ed adulte perchè non ho tempo da perdere se voglio godere del mio nuovo acquisto ».

Un altro suo svago era la caccia ed anche in questo esercizio le doti fisiche di prontezza, calma e colpo d'occhio dovevano servirgli molto bene perchè fu cacciatore fortunato e così ne riferisce con soddisfazione all'amico.

« Sarei tentato di dire che voi portate sfortuna nella caccia, poichè dopo poco la vostra partenza, mi sono incontrato in due piccoli voli di pernici, delle quali, io solo ne ho ammazzate undici, e nello stesso giorno una bella lepre. Il mio cane a due gambe ne era carico come un asino. Giammai ho avuto sì bello incontro e sì fortunato successo ».

Pure alla caccia accenna scherzosamente in un'altra lettera di congratulazione pel matrimonio d'una figlia del Morigi.

« Ho sentito col più vivo interessamento la nuova che mi date del collocamento di vostra figlia. Me ne rallegro di nuovo, quantunque sul vostro particolare perdiate assai scostandosi essa da voi; ma tale deve essere l'andamento delle cose, che anco gli eventi più felici vadano uniti di qualche amarezza.

Ad ogni modo l'avete vicina e, se sarà felice, come non c'è punto da dubitare, lo scopo principale sarà ottenuto. Salutatela a nome mio, e fate ad essa pure le mie doverose congratulazioni ugualmente, che allo sposo.

La campagna che mi indicate è (se non erro) delle più rinomate per le quaglie.

Prenderemo quindi cura, a suo tempo, di ingrassare gli sposi ».

Terminava la giornata giocando con qualche ospite e col Rettore della Villa ed il sorriso pare sfiorar le sue labbra quando racconta al Morigi le sue vittorie.

« Il Rettore non sta più nella pelle per allegrezza, udita la nuova del ritorno del Papa. Questo argomento lo tiene occupato giorno e notte, e paga cara la distrazione che gli dà in giuoco ».

Lo Scarpa aveva arredata con lusso la sua Villa di Bosnasco, vi aveva raccolto molti quadri pregevolissimi creandosi una oasi di quiete e di tranquillità dove forse si raddolciva il duro carattere dello scienziato e del chirurgo. Si immaginano quindi le sue ansie quando la Lombardia era percorsa dagli eserciti Tedeschi e Francesi ed i suoi averi in pericolo. Infatti nel febbraio del 1814 scriveva da Pavia: « Le nuove che qui abbiamo sono, che i Tedeschi si sono ritirati dai contorni di Piacenza verso Parma. Sono pure stupidi se hanno creduto di trovar mal custodito il ponte di Piacenza. Bella cosa se frattanto che qui si fanno i preparativi per nuove battaglie venisse la pace! In caso diverso che sarà del mio Bosnasco! ».

Lo stile dello Scarpa è tutto materiato di fatti, e, come l'uomo, asciutto e muscoloso. Nella raccolta di 50 lettere al Morigi pur scrivendo spesso di cose gravi non ho trovato altre esclamazioni. Anche raccontando un grave incidente di viaggio in cui poco mancò non lasciasse la vita usa poche e sobrie parole ed in tono quasi scherzevole.

Soltanto nell'ultima lettera citata quando i suoi poderi erano in pericolo non può nascondere il dubbio doloroso che siano devastati. E se è vero che fu compratore avveduto e parsimonioso forse le sue preoccupazioni non erano solo dovute al pericolo dei danni materiali, ma anche all'amore per le sue terre. Amore in alcuni più tenace e più vivo degli stessi affetti famigliari ai quali — come è noto — lo Scarpa fu ben poco sensibile.

Dott. Prof. AURELIO CORDERO.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

McCOLLUM und NINA SIMMONDS. *Neue Ernährungslehre*. Urban e Schwarzenberg, Berlin, 1928.

Per cura del grande fisiologo di Berna, Asher, viene pubblicata in tedesco la 3ª edizione del trattato di McCollum sull'alimentazione.

Questa versione del libro americano è veramente opportuna. Diffonde infatti in Europa, in una sintesi chiara, il nuovo orientamento della dottrina sul problema dell'alimentazione. Alle vecchie basi della dottrina desunte dalla analisi chimica degli alimenti e dalla determinazione fisica del valore calorimetrico, sono sostituiti criteri biologici, cioè l'analisi sperimentale dell'andamento dei processi nutritivi a seconda l'età, la specie dell'animale e a seconda della varia specie di alimenti somministrata all'individuo. Non solo si analizza l'andamento degli scambi organici, ma si tien conto del modo con cui l'individuo cresce, mantiene l'equilibrio nutritivo o deperisce.

L'individuo animale non è più soltanto una macchina che dalle trasformazioni organiche trae il calorico per la propria conservazione e il lavoro esterno, ma un essere vivo, il quale consuma le sostanze organiche in misura diversa secondo la loro commistione e l'attività

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

dei propri singoli organi e il quale deve contemporaneamente provvedere alla attività dei propri tessuti ed organi.

L'autore americano, che ha fatto studi originali e fondamentali nel campo delle vitamine, dà al suo trattato un'impronta non soltanto moderna ma personale.

La nuova dottrina dell'alimentazione egli svolge non tanto in rapporto ai problemi della patologia e della clinica, quanto invece ai problemi della crescenza dell'individuo e all'igiene dell'alimentazione delle masse.

Così che, dopo un'esposizione delle nuove dottrine in confronto delle vecchie, studia specialmente le malattie da carenza, ivi compresa la pellagra, i rapporti tra mancanza di iodio e gozzo, la rachitide, l'allattamento, lo sviluppo dei denti, la resistenza alle malattie.

Da quanto sopra è accennato, risulta che il trattato di McCollum non interessa soltanto i medici, ma i fisiologi, i sociologi e quanti uomini politici vogliono con coscienza applicare i postulati scientifici all'alimentazione delle masse.

Gli editori tedeschi hanno diffuso un libro non soltanto ricco di scienza ed utile, ma quanto mai opportuno per il problema sociale dell'alimentazione che ora è al primo posto presso i popoli civili. V. ASCOLI.

SACHS HANS. *Probleme der pathologischen Physiologie im Lichte neuerer immunbiologischer Betrachtung*. J. Springer, Vienna, 1928. Mk. 1,80.

È una conferenza tenuta dal Sachs alla Società di Microbiologia di Vienna nel dicembre 1927. Egli tratta dei moderni concetti della immunità considerando particolarmente le sostanze a valore di antigene e la loro specificità, e l'importanza che nella funzione di antigeni hanno i lipoidi come risulta dalle più recenti ricerche sperimentali sulla natura delle alterazioni sifilitiche del sangue.

L'A. si sofferma a prospettare il problema delle differenze costituzionali degli antigeni e degli anticorpi mettendo in luce le nuove ricerche sulla emoglobinuria parossistica da freddo legata alla condizione che i globuli rossi del paziente appartengano al gruppo A. Inoltre egli tratta rapidamente dell'importanza e del significato dei fenomeni anafilattici. E concludendo sostiene che il *primum movens* delle reazioni dell'organismo sia di natura chimica e che soltanto influenza secondaria abbiano le condizioni fisiche e colloidali.

TRENTI.

GIDEON WELLS H. *Les aspects chimiques de l'immunité* (traduzione di L. Boez). Parigi, 1928, G. Doin. Fr. 35.

Attraverso tutti i numerosi studi compiuti e le varie teorie emesse, il problema dei fenomeni immunitari rappresenta pur sempre un campo ancora oscuro ed irto di numerose incognite. Il Wells scrivendo questo volume, che fa parte di una serie di monografie pubblicate dalla Società Americana dei Chimici, non ha inteso di risolvere il problema della immunità quasi che esso rappresentasse un semplice problema di chimica, ma ha voluto analizzare tutti i vari elementi che entrano in gioco nei fenomeni immunitari per quello che fino ad ora noi conosciamo circa la loro costituzione chimica. Se molti punti e molte questioni restano pur sempre oscuri nel loro meccanismo, certamente alcuni fatti ricevono non poca luce dalle indagini chimiche, sì che la somma di osservazioni e di fatti esposti dal Wells riesce di alto interesse per chiunque si occupi di immunologia.

Dell'opera del Wells esiste già una traduzione in tedesco: questa in francese servirà certamente ad una maggiore e più rapida diffusione e conoscenza delle idee del patologo americano.

TRENTI.

M. BOLDRINI. *Biometrica. Problemi della vita delle specie e degli individui*. Un vol., in-4° di pagg. 370, con fig. A. Milani ed. Padova, 1928. Prezzo L. 40.

Biometrica non va confusa con biometria. Questa comprende l'esposizione sistematica delle indagini quantitative sui fenomeni collettivi ed individuali della vita e va divisa in altrettante branche specializzate (B. medica, botanica, genetica, ecc.). Biometrica, invece, è lo studio dei problemi dell'eredità e dell'evoluzione delle specie, essenzialmente basata sulle leggi della statistica. Studio piuttosto negletto da noi, verso il quale molti medici e biologi hanno una sorta di prevenzione, per la diffidenza e l'avversione per i concetti matematici, i quali guidano l'elaborazione dei dati. Si pensa, da molti, che il fenomeno biologico sfugga all'inquadramento matematico, il che se (forse per la nostra ignoranza) può essere verisimile per il fenomeno individuale, non lo è più quando si osservi il fenomeno collettivo, che segue leggi fisse e determinate, di cui la conoscenza è della massima importanza per l'applicazione delle leggi sociali, come quelle sul sistema assicurativo.

Il libro del prof. Boldrini, che riassume le lezioni da lui tenute all'Università di Padova e di Milano, è l'esposizione chiara ed evidente di tutti i problemi che riguardano tali argomenti, sull'evoluzione della specie e sull'evoluzione individuale. Non va, evidentemente confuso con un trattato di eugenica, di cui però la biometrica costituisce la parte fondamentale. È di lettura agevole e dà un'idea precisa dei varî problemi che tratta.

È bene che i medici di oggi superino la diffidenza per i concetti matematici, altrimenti appariranno non dissimili da Corvisart (il medico di Napoleone), il quale derideva

l'importanza che allora (1803) si incominciava ad attribuire al numero delle pulsazioni e dei periodi respiratori) o da Ledouble che, nel 1817, pronosticava gravi guai per la medicina il giorno in cui si fosse giunti a calcolare con la bilancia in mano la quantità delle feci, delle urine, degli sputi.

Il trattato dell'A. contiene anche una simpatica rivendicazione di un italiano, G. Olivi (1719-1795) che fu precursore degli studi biometrici in Italia.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Sezione Napoletana della Società Italiana di Pediatria.

Presidenza: Prof. Rocco Jemma.

Difficoltà diagnostiche della pericardite dell'infanzia.

Prof. De Stefano S. — L'O. riferisce due interessanti osservazioni di pericardite in due bambini lattanti, che dal punto di vista semiologico presentavano una notevole importanza ed in cui la diagnosi rivestiva un carattere di rilevante difficoltà.

Il prof. De Angelis, ritiene molto difficile l'interpretazione del reperto radiologico quale sussidio diagnostico, e pensa che sia di non facile attuazione praticare la puntura pericardica: è invece di opinione che qualche aiuto potrebbe offrire l'esame funzionale del cuore.

Il prof. De Stefano obbietta che le prove funzionali del cuore non possono, a suo parere, offrire risultati attendibili.

In quanto alle indagini radiologiche, ricorda le ricerche della prof.ssa Kharina dalle quali risulta la loro importanza dal punto di vista diagnostico anche nelle forme iniziali di pericardite.

Il prof. Jemma è d'avviso che le maggiori difficoltà della diagnosi si hanno nelle forme acute di pericardite, giacchè nelle forme croniche la diagnosi è piuttosto facile.

Due casi di endocardite acuta in neonato e lattante di due mesi.

Dott. Loffredo A. — L'O. riferisce su due casi di endocardite uno in un bambino di 2 mesi e l'altro in neonato di 15 giorni. I casi furono seguiti alla autopsia. In entrambi, in vita non fu fatta la diagnosi esatta, poichè nel neonato mancavano tutti i segni clinici di un'affezione cardiaca, nel bambino fu invece diagnosticata una cardiopatia congenita. L'O. richiama l'attenzione sulla frequenza della endocardite nei lattanti, sulle difficoltà diagnostiche e sul fatto che l'endocardite nei primi mesi di vita può anche colpire bambini non affetti da alcun vizio cardiaco.

Le iniezioni di siero glucosato per via endoperitoneale.

Dott. Abbate M. — L'O. espone alcune sue ricerche riguardanti le iniezioni endoperitoneali di siero glucosato a varia concentrazione, praticate a scopo curativo in vari stati morbosi dell'infanzia, che si accompagnano a grave disidratazione. Le iniezioni fatte per tale via sono state circa 200 e non fu mai rilevato alcun inconveniente. L'O. illustra infine la tecnica, rilevando i vantaggi della somministrazione di grandi quantità di liquido per via endoperitoneale.

Trattamento arsenobenzolico per via orale nell'eredolue.

Dott. Rolando F. — L'O. ha sperimentato nel reparto luetici del Brefotrofio di Napoli l'azione curativa dei preparati arsenobenzolici somministrati per via orale a numerosi lattanti. Dalle ricerche condotte su circa 40 casi l'O. viene alla conclusione che tali preparati abbiano un'efficacia non inferiore a quella degli altri rimedi specifici, onde ritiene consigliabile la somministrazione per via orale dei suddetti preparati nella pratica sia privata che ospedaliera.

Induramento cutaneo del neonato.

Dott. Canino R. — L'O. riferisce su 4 casi di induramento cutaneo curabile dei neonati; in due dei quali la lesione presentava l'aspetto tipico, fin dal secondo giorno di vita, negli altri due l'affezione assunse rispettivamente all'8° ed al 9° giorno, i caratteri clinici della malattia. Soltanto in un caso fu possibile praticare le indagini istologiche che fecero rilevare la necrosi del grasso sottocutaneo. Dal punto di vista dell'anamnesi è da rilevare che in due casi vi era stato il parto distocico con applicazione di forcipe, negli altri due, parto cesareo dopo travaglio prolungato.

Affezioni delle vie urinarie infantili con speciale riguardo alla prima infanzia.

Dott. Cesarino C. — L'O. riferisce su alcuni casi di pielocistite infantile con speciale riguardo alla prima infanzia, e segnala che solo raramente in questa età si riscontrano i sintomi classici dell'affezione urinaria. L'O. quindi è del parere che si debba praticare l'esame di urina anche in quei casi che presentano sintomi vaghi ed imprecisi. Egli ha potuto notare come spesso la comparsa del pus nell'orina sia preceduta per alcuni giorni da intensa batteriuria.

L'urotropina per via endovenosa nella corea del Sydenham.

Dott. De Capua. — L'O. ha iniettato in bambini affetti da corea, una soluzione di urotropina al 5-10 % per via endovenosa, a giorni alterni ed a dosi progressivamente crescenti da 1 a 6 cc.

In un numero limitato di casi ottenne un miglioramento fino alla definitiva scomparsa dei fenomeni coreici dopo 7-8 iniezioni. Negli altri casi nessun vantaggio apprezzabile ritrassero gli infermi e la guarigione si ebbe associando alla terapia il riposo e la somministrazione di sedativi e di preparati mercuriali, là dove figurava la lue nell'anamnesi. L'O. infine segnala la perfetta tolleranza da parte del bambino di dosi relativamente alte di urotropina somministrata per via endovenosa.

La malattia di Heine-Medin a Napoli e dintorni nel quinquennio 1922-27.

Dott. SORRENTINO C. — L'O. comunica dati statistici riguardanti 310 casi di malattia da Heine-Medin riguardanti il quinquennio 1922-27.

L'O. conclude affermando:

1) La malattia di Heine-Medin è esageratamente diffusa sia nella città di Napoli che nei dintorni. La sua diffusione per il quinquennio 1923-27 è in aumento, essendo salita dall'1 % al 7 % riferita da Jemma per il novennio 1914-22 all'1-51 %.

2) Essa si è presentata in generale sotto forma sporadica per quanto in alcune zone sia della città che dei dintorni non possa essere messa in dubbio l'esistenza di piccoli circoscritti focolai epidemici.

3) L'età maggiormente colpita è quella che va dai 6 mesi ai 2 anni, casi però sono registrati fin dal 2° mese di vita.

4) La localizzazione di predilezione è quella spinale (89,3 %). Nel 1923 è stato osservato un certo numero di localizzazioni bulbari e pontine. Gli arti inferiori sono colpiti con grande frequenza dalla forma morbosa.

5) La malattia è più frequente durante i mesi estivi. A.

Accademia Pugliese di Scienze.

Seduta de 29 gennaio 1929.

Presidenza: Prof. G. GALLERANI.

Neoformazione connettivale delle dita della mano in operai addetti a pastifici.

G. VACCA. — L'O. illustra due casi riscontrati in operai addetti in pastifici di Bitonto (Bari) e caratterizzati dalla formazione di tumoretti molli, elastici, situati nelle regioni laterali della metà prossimale delle quattro ultime dita della mano, provocati da ripetuti sfregamenti e traumatismi contusivi.

Un caso di quasi completa assimilazione atlo-occipitale.

E. GIRONE. — L'O. descrive un tipico ed interessante caso di assimilazione congenita atlo-occipitale, nel quale le due ossa, pur essendo sviluppate quasi normalmente, sono sinostosate fra loro. Il cranio nel suo insieme non offre assimetrie notevoli.

Degli adenomi papilliferi della tiroide (Papillomi di Langhans).

PAOLUCCI. — L'O. mostra i pezzi anatomici di numerosi adenomi papilliferi della tiroide, con metastasi sopra clavicolari controlaterale, tolti ad una giovane ventenne che non aveva avuto precedentemente alcuna disfunzione tiroidea, e nella quale la tumefazione della regione laterale destra del collo (di cui mostra la fotografia) si era iniziato subdolamente da meno di un anno, accentuandosi notevolmente negli ultimi tempi; gli undici adenomi asportati, di cui i più grandi hanno il volume di una castagna ed i più piccoli quello di una nocciola, erano assolutamente indipendenti l'uno dall'altro.

Il lobo tiroideo destro era completamente assente. Quindi gli adenomi papilliferi erano sorti su noduli tiroidei aberranti e molteplici che tenevano luogo dell'emitiroide congenitamente assente. Questo caso conferma la ipotesi ammessa, ma fino ad oggi non ancora dimostrata, che gli adenomi papilliferi traessero origine da malformazione embrionale.

A sei mesi di distanza dall'intervento non c'è stata riproduzione, ma la metastasi dei gangli sopraclavicolari di destra non lascia dubbi sulla malignità del tumore.

Il meccanismo di assuefazione di alcuni piogeni ad agenti tossici.

M. TRINCAS. — L'O., dopo di aver assuefatto lo stafilococco, lo streptococco e il piocianeo ad alcuni veleni (ac. fenico, ac. lattico ed arsenico) e ad alcuni colori di anilina (violetto di genziana ed eosina), cerca di stabilire il meccanismo con cui i germi si assuefanno al tossico. Mediante una serie di analisi, piuttosto complicate, l'O. dimostra che i germi si possono assuefare o emettendo delle sostanze capaci di neutralizzare il veleno dell'ambiente (immunità umorale) e perdendo i ricettosi oppure per mancanza di questi (immunità anaptogena) od infine assumendo il veleno e neutralizzandolo con sostanze antagoniste preesistenti nel corpo del germe (immunità iperergica o iperreattiva).

Mola vescicolare a lunga latenza.

M. TRINCAS. — L'O. descrive un caso clinico di mola vescicolare in cui la notevole importanza è data dalla eccezionale latenza. Difatti essa si è manifestata in una donna di 37 anni soltanto 13 anni dopo l'ultima gravidanza, ed otto dopo l'ultima mestruazione.

Lo stato funzionale della pars pilorica con "piccolo stomaco pilorico„ isolato alla Paulow.

C. TRINCHERA. — Dalle esperienze e dagli esami del succo ricavato, l'O. crede di ritenere che la pars pilorica nel complesso processo della digestione gastrica, svolga un'azione oltre che chimica, prevalentemente protettiva e meccanica.

Il Segretario: Dott. L. QUARANTA.

Società Medica di Parma.

Seduta del 14 dicembre 1928.

Pres.: Prof. MARIO CAMIS.

Sull'influenza della legatura dell'arteria mesenterica superiore e delle sue diramazioni sul passaggio nel sangue dei batteri intestinali.

Prof. G. VERCELLANA. — Deduce dalle sue esperienze che le contrazioni spasmodiche e l'invaginazione non sono sufficienti a determinare una lesione della mucosa intestinale tale da permettere la penetrazione di germi nel torrente circolatorio, ma che la penetrazione avviene quando un tratto di intestino cade in preda a necrosi.

Sulla reazione di conglobamento nella sierodiagnosi della sifilide.

Prof. D. Campanacci e Dondoli. — Dalle ricerche cliniche eseguite vengono alla conclusione che la M. B. R. è in genere più sensibile della Wassermann e della Sachs-Georgi nel siero di sangue, altrettanto sensibile che la Wassermann nel liquor, e che essa è segno sicuro di infezione luetica se positiva di grado IV e III; molto probabile se di II grado. Inoltre le reazioni non specifiche si riferiscono al I grado e furono riscontrate dagli OO. solo nell'1,5 % dei casi nel siero e mai nel liquor. La semplicità della tecnica, la chiarezza di lettura, la grande sensibilità specialmente nei casi trattati e nelle forme latenti, la rendono preferibile alle altre reazioni di flocculazione e ne consigliano l'uso a fianco della reazione di Wassermann.

Le stenosi croniche laringee e la loro terapia.

Prof. F. Lasagna. — Presenta un caso interessante con laringo-stenosi cronica e portatore di cannula e prende occasione da ciò per chiarire alcuni punti importanti riguardanti la cura chirurgica di esse e le ragioni degli esiti negativi e positivi di tale terapia.

Sui caratteri clinici ed epidemiologici della presente epidemia di tifo in Parma.

Prof. L. Ponticaccia. — Allontanata l'ipotesi della trasmissione per via idrica come la più remota, sembra che il contagio più frequente sia quello da alimenti inquinati. È stata anche osservata una grande invasione di mosche nelle case durante i primi freddi.

Il Segretario: A. Chistoni.

Società Medico-Chirurgica Bergamasca.

Seduta del 26 novembre 1928.
Presidente: Dott. Roviglio, vice presidente.

Importanza igienico-sociale della profilassi dell'ascaridiosi.

Dott. G. Moretti. — L'O. riferisce intorno all'opera svolta a Genova e Messina per la diagnosi di elmintiasi attraverso l'esame delle feci. Rende noti i suoi risultati per la città di Bergamo, dove ha, su 111 bambini presi in esame, notato circa il 45 % affetti da elmintiasi. Sintetizza i pericoli che l'elmintiasi può presentare e conclude per l'efficacia della terapia a base di ascaridolo.

Seduta del 17 dicembre 1928.
Presidente: Dott. Roviglio, v. presidente.

Presentazione di operati di cataratte a varie età.

Prof. Viterbi. — L'O. in base alla sua esperienza conclude non esistere la cataratta, ma il catarattoso che va studiato nel ricambio generale e nell'occhio prima di decidere quale sia il metodo operativo di adottare caso per caso.

Seduta del 28 gennaio 1929.
Presiede: Prof. D'Alessandro, presidente.

L'infezione puerperale ed il problema della diminuita natalità.

Prof. D'Alessandro. — Avendo osservato nel materiale che passa nell'Istituto anatomo patologico dell'Ospedale un frequente rinnovarsi di infezioni puerperali ha voluto indagare le cause per segnalare i possibili rimedi. E su 37 casi d'infezione puerperale più 4 casi di rottura traumatica d'utero che insieme rappresentano il 30 % dei casi provenienti dalla Maternità dell'Ospedale e poco più dell'1,5 % di tutti i morti in Ospedale negli ultimi sei anni, ha trovato che in 27 casi l'infezione ha seguito un parto a termine, in 10 un parto abortivo. Nei parti a termine, 23 furono normali, 4 distocici nei quali in 2 l'intervento fu solo manuale, in 2 anche strumentale. Fra gli abortivi, 3 furono naturali, 7 provocati di cui 6 dolosamente, 1 terapeuticamente. Casistica questa che rende ancor più evidente l'opportunità dell'inasprimento della bella battaglia ingaggiata dal regime contro questo nefando delitto.

Tutti questi casi di infezioni puerperali erano stati accolti in Ospedale in condizioni tali che qualunque intervento curativo fu inutile. In quasi tutti risultava dall'anamnesi che erano state praticate prima o dopo il parto numerose esplorazioni. Partendo da questi dati di fatto l'O. attraverso ovvie considerazioni arriva alla conclusione che è indispensabile una migliore e specializzata assistenza della gestante se si vuol rendere fatto il grido di Semelweis che di parto non si deve più morire.

Contributo alla cura del carcinoma uterino colle radiazioni.

Dott. M. Camplani. — Porta il contributo della sua esperienza di quattro anni nella cura del carcinoma della portio uterina nella forma prevalentemente inoperabile a mezzo del radio e raggi X. I risultati presentati pur non avendo il valore di definitivi stanno a dimostrare come questo metodo di cura possa arrecare notevole miglioramento ed anche guarigioni durature a malati fuori di ogni possibilità terapeutica chirurgica.

L'O. insiste sulla importanza della tecnica e sulla necessaria conoscenza di quelli che sono i dogmi della radiologia.

F. D'A.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

La patogenesi dell'artrite cronica.

Secondo H. Wynn (*Practitioner*, genn. 1928), nell'artrite cronica vi è un disturbo delle secrezioni interne. Nella fase attiva della malattia, vi è di solito dell'ipertiroidismo, che provoca abbassamento della tolleranza per lo zucchero il quale, a sua volta, oltre a favorire le infezioni, è causato da esse, dagli « shock », dall'ansietà, sicchè si stabilisce un circolo vizioso. In altri pazienti, poi vi è ipocloridria, il che aumenta la possibilità di gravi infezioni nell'intestino crasso.

Ad ogni modo, bisogna riconoscere, osserva l'A., che nell'artrite cronica vi è un profondo disturbo del metabolismo, di cui i disturbi articolari non sono che manifestazioni locali e tardive. Ciò è dimostrato da un gruppo di sintomi che si hanno generalmente nell'artrite e che possono precederla di anni. Essi sono: 1) irritazione vasomotoria; polso rapido ed instabile, con pressione bassa. Mani e piedi freddi e bluastri o pallidi, che richiamano il morbo di Raynaud; aumento della secrezione di sudore alle palme ed alle piante e sgocciolamento di sudore dalle ascelle; 2) pigmentazione caratteristica: il paziente è scuro sotto gli occhi ed ha chiazze leggermente brune alla faccia, specialmente alla fronte; macchie e talora larghe chiazze di pigmento sugli arti, specialmente agli avambracci; 3) parestesie, in forma di punture di spillo e crampi muscolari. L'artrite può essere preceduta da modificazioni trofiche dei muscoli.

fil.

Dati clinici, teorici e sperimentali sulla questione della necrosi asettica delle ossa.

E. Bergmann (*Deutsch Zeit. f. Chir.*, 206° volume, 1927) passa in rivista le varie opinioni sulla patogenesi di quelle malattie delle ossa a cui è base una necrosi asettica, malattie che colpiscono generalmente le epifisi (osteocondrite giovanile dell'anca, malattia di Köhler dell'art. metatarso-falangea, necrosi dell'os lunatum del carpo, dell'osso naviculare del piede, l'osteocondrite del capo distale del radio, l'osteocondrite dissecante). L'A. critica le opinioni che ritengono causa di queste malattie o traumi (fratture, sublussazioni) o malattie delle ghiandole a secrezioni interne, o emboli micotici o tubercolosi sia pure in forma attenuata. Egli ritiene si debba trattare di emboli asettici capaci di produrre necrosi anche estese di zone diafisarie delle ossa come è stato dimostrato dai casi pubblicati da Bloch, Novè-Josserand e Fouilloud-Buyat.

Appoggia quest'opinione con dati sperimentali propri. Provocando in corr. del collo del femore fratture e lussazioni traumatiche in giovani conigli non ebbe mai a riscontrare necrosi epifisaria tranne che nei casi in cui aveva prodotto una soluzione di continuità di gran parte dei legamenti e tessuti della capsula. Invece iniettando nella femorale una sospensione di polveri metalliche (argento) ebbe una formazione di focolai di necrosi epifisarie riproducenti il tipo della malattia di Calvè-Perthes.

V. GHIRON.

SEMEIOTICA.

Il segno di Argyll-Robertson.

La pupilla si muove con il meccanismo di due riflessi: il fotomotore ed il convergente.

Il riflesso fotomotore, detto anche alla luce, si provoca nel modo seguente: il soggetto è posto in camera oscura e lo s'invita a chiudere un occhio, quindi si illumina l'altro occhio con una lampada elettrica. Si constata allora che la pupilla si contrae sotto l'azione della luce.

Più semplicemente il riflesso si può provocare nel modo seguente: si mette l'individuo ad occhi aperti alla luce d'una finestra facendo voltare il capo in modo che il foro pupillare sia ben visibile; l'osservatore applica leggermente le mani sugli occhi del soggetto senza però toccarli ed in modo da oscurarli; quindi si allontana la mano da un occhio, e si ripete poi l'operazione per l'altro occhio. Si vedrà allora che la pupilla dilatatasi con l'oscurità si restringe sotto l'azione della luce.

Il riflesso della convergenza, detto anche dell'accomodazione, si provoca nel modo seguente: s'invita il soggetto a fissare lo sguardo lontano e quindi a guardare il dito dell'osservatore che è mosso dalla distanza di circa un metro in modo da avvicinarlo agli occhi del soggetto. Si osserva che le pupille si restringono a misura che gli occhi convergono per guardare il dito che si avvicina.

Argyll-Robertson nel 1870 constatò in alcuni malati la scomparsa del riflesso fotomotore e la persistenza del riflesso dell'accomodazione.

Il segno di Argyll-Robertson è per lo più bilaterale, ma può, specie nel periodo iniziale, essere unilaterale. È incompleto quando la pupilla si contrae torpidamente, lentamente e incompletamente alla luce.

Il fenomeno si riscontra il più frequentemente nella tabe, nel 70-90 % dei casi. Si stabilisce lentamente, ma una volta prodottosi

non scompare più resistendo anche al più intenso trattamento antisifilitico.

Nella paralisi progressiva è stato constatato nel 40-50 % dei casi. In questa malattia si ha contemporaneamente ineguaglianza ed irregolarità pupillare.

Il segno di Argyll-Robertson è l'espressione di una meningite cronica sifilitica basilare. Quantunque sia stato constatato anche nella siringomielia, nella sclerosi a placche, nella meningite cerebro-spinale, nell'encefalite epidemica, nel zona oftalmico e nei traumi dell'orbita, tuttavia esso è patognomonico della sifilide nervosa (tabe, paralisi progressiva, sifilide cerebro-spinale). DR.

L'anisocoria provocata per la diagnosi di adenopatia tracheo-bronchiale.

Tra le manifestazioni nervose dei sintomi funzionali dell'adenopatia tracheo-bronchiale, si accenna generalmente solo di sfuggita all'anisocoria (disuguaglianza pupillare). Essa sarebbe dovuta, secondo alcuni, ad irritazione del vago, trasmessa all'iride per via riflessa attraverso il simpatico e, secondo altri, ad irritazione delle fibre stesse o dei gangli del simpatico toracico da parte di masse gangliari infiltrate mediastiniche.

L'anisocoria spontanea, però, si trova raramente, sicchè F. Vecchio (*La pediatria del medico pratico*, ottobre-novembre 1928) ha ritenuto utile ricercare l'anisocoria provocata nei bambini, partendo dalle osservazioni di Sergent sull'adulto.

Come agente midriatico, l'A. ha usato l'atropina all'1 ‰ (Sergent ha invece usato la cocaina al 4 %, per evitare i disturbi dell'accomodazione, che nei bambini sono invece leggeri). Si instilla una goccia per ogni occhio e si osserva lo stato delle pupille dopo 3 ore, per raggiungere il massimo della dilatazione.

In 12 casi di adenopatia tracheo-bronchiale (di cui 5 con lesioni anche polmonari), l'A. ha osservato costantemente una manifesta anisocoria che, in alcuni in cui la sintomatologia non era classica, arrecò un contributo diagnostico importante. In quasi tutti i casi, la pupilla più ampia corrispondeva al lato toracico in cui clinicamente e specialmente radiologicamente, le lesioni erano presenti od erano maggiori. *fil.*

CASISTICA.

La malattia di Niemann-Pick.

La prima osservazione di questa malattia fu pubblicata nel 1914 da Niemann sotto la denominazione di « forma morbosa sconosciuta ». Si trattava di una bambina di 17 mesi di tipo mongoloide, il cui sviluppo appariva difettoso dall'età di 2 mesi. Essa presentava apatia pronunciata, una pigmentazione brunastra dei tegumenti ed una tumefazione splenica considerevole. La cachessia progressiva non potè essere arrestata e la morte avvenne dopo 4 mesi dall'osservazione iniziale.

Nel 1922 L. Pick riunì tutti i dati anatomici, istochimici e clinici, che danno alla malattia descritta da Niemann il carattere di entità morbosa che la distingue da altre infiltrazioni lipo-lipoidiche del sistema reticolo-endoteliale, specie dalla malattia di Gaucher.

Ai casi conosciuti di questa malattia, circa 12, si aggiunge l'osservazione, la prima pubblicata in Francia, di P. Corcan, Ch. Oberling e G. Dienst (*Revue Française de Pediatrie*, t. III., dic. 1927), riferentesi a un bambino di 7 mesi. L'etiologia della malattia di N.-P. è interamente oscura, mentre si sa che è affezione congenita, costituzionale e spesso familiare. I primi segni si manifestano durante le prime settimane di vita: l'accrescimento ponderale rallenta e cessa; appaiono disturbi digestivi senza causa apparente; il ventre si fa globoso; un pallore accentuato con pigmentazione brunastra caratteristica colpisce alcune regioni. A questo punto si rileva già tumefazione considerevole del fegato e della milza, e si palpano i gangli linfatici superficiali. All'arresto dello sviluppo fisico si associa quello dell'evoluzione psichica, e si inizia uno stato di cachessia profonda: sopravvengono rialzi termici, anoressia, diarrea, edemi, ascite, idrotorace. La morte avviene per cachessia estrema o per una infezione intercorrente.

La malattia evolve sempre verso l'esito fatale in un lasso di tempo relativamente breve.

All'autopsia si constata che la tumefazione dell'addome è dovuta alla epato-splenomegalia: la milza può divenire enorme. I gangli linfatici, specie gli addominali sono aumentati di volume, come pure le surrenali.

L'esame istologico dà la nota caratteristica del processo morboso sotto forma di cellule speciali, vacuolari, con contenuto lipo-lipoidico, presenti ovunque sia del tessuto reticolare: nella milza, nei gangli linfatici, nel midollo osseo, nel timo, nei villi intestinali.

La malattia di Niemann-Pick appare, dunque, la risultante di una infiltrazione lipo-lipoidica di tutto il sistema reticolo-endoteliale, infiltrazione che invade anche le cellule parenchimatose.

Questi dati permettono di differenziare la malattia di N P. dalla malattia di Gaucher, nella quale l'infiltrazione è strettamente localizzata negli elementi del tessuto reticolare. Invece conviene pensare che la malattia di Tay-Sachs o idiozia amaurotica può essere considerata come una localizzazione nervosa della malattia di Niemann-Pick. A. PICCINELLI.

Magrezza cerebrale ipofisaria.

In un certo numero di casi di individui magri, osservano Zondek e Koehler (*Deutsche med. Wochenschr.*, n. 47, 1928), la magrezza è in rapporto con una deficienza funzionale dell'ipofisi in particolare modo del lobo anteriore di essa. Più spesso ancora la magrezza è in rapporto con un disturbo funzionale oppure anatomico di centri cerebrali nel territorio del diencefalo. Non sempre si sviluppa in tali casi una vera cachessia; spesso si osservano forme più lievi di dimagramento che non si possono spiegare con una insufficienza di calorie somministrate con gli alimenti. La magrezza cerebrale ipofisaria costituisce il fenomeno diametralmente opposto all'adiposità cerebrale ipofisaria. Nell'uno e nell'altro di questi stati oltre ad altri fattori agiscono principalmente come fattori patogenetici i rapporti di pressione cerebrale, specialmente in corrispondenza al terzo ventricolo (stasi di liquor nel terzo ventricolo e quindi aumentata pressione esercitata sui centri ipotalamici). L'esame degli ammalati rivela per lo più disturbi di funzione dei centri del ricambio del diencefalo, spesso anche disturbi funzionali del centro termico (tendenza che dura a lungo ad elevazioni termiche subfebbrili oppure a temperature subnormali); altre volte si può dimostrare soltanto che la pressione endocranica oscilla periodicamente, in complesso essa è però nettamente aumentata.

POLLITZER.

Sull'importanza dell'ingrossamento delle paratiroidi nell'osteite fibrosa generale di Recklinghausen.

Gold (*Mitt. a. d. Grenz. d. Med. u. Chir.*, 1928) riporta un caso osservato nella Clinica Chirurgica di Eiselsberg di una donna di 54 anni con osteite cistica multipla in cui esisteva una tumefazione a carico di un lobo della tiroide, della dimensione di un piccolo uovo. Estirpata, si vide che si trattava di un parastruma o adenoma paratiroideo. Dopo l'intervento l'ammalata migliorò grandemente come si potè riscontrare allo schermo per quanto riguarda lo scheletro, con un miglioramento sul ricambio del calcio e delle condizioni generali. V. GHIRON.

TERAPIA.

Considerazioni diagnostiche e brevi rilievi sulla roentgenterapia degli epiteliomi inoperabili della faccia.

G. Scaduto (*The Urologic and Cutaneous Rewiew*, n. 1, gennaio 1929), che si è occupato da lungo tempo dell'argomento e che in questo ultimo decennio ha potuto curare mediante la roentgenterapia più di 2000 casi di epiteliomi cutanei, ritiene anzitutto, in base alla ricca sua statistica, che le distinzioni istologiche non possono essere prese come indicazioni o meno alla roentgenterapia. Questa questione si ricollega in realtà con la questione della radiosensibilità dei tumori e più precisamente con la radiosensibilità degli epiteliomi basocellulari e con la minor sensibilità (radionegatività) degli spinocellulari. Ma, secondo l'A., al criterio istologico andrebbe invece sostituito un criterio di ordine fisico: cioè sulla superficialità o meno dell'epitelioma: qualunque epitelioma che non abbia sconfinato in profondità ed è ancora limitato allo strato cutaneo è suscettibile di guarigione. Tuttavia è noto come epiteliomi dello stesso tipo istologico siano talvolta refrattari ai raggi X e talvolta tale refrattarietà si riscontra anche nei basocellulari: sono precisamente, secondo l'A., i poteri di difesa e di reazione dell'organismo che per essere variabili da individuo a individuo possono spiegare queste differenze. È quindi, secondo l'A., buon precetto del radiologo non considerare l'epitelioma come una lesione puramente locale, ma occorre tener presente anche lo stato generale e rimuovere nel caso quegli stati di intossicazione (alcoolica, uricemica, ecc.) prima di procedere alla cura.

Il lavoro è corredato di numerose fotografie che dimostrano la guarigione di casi di epiteliomi ritenuti inoperabili: il criterio di inoperabilità va però, secondo l'A., considerato sotto un quadruplice punto di vista: 1) al radiologo capitano dei casi che per essere stati già sfruttati chirurgicamente con ripetute operazioni, che danno risultati brillanti quanto effimeri dal punto di vista delle recidive, non sono più ulteriormente suscettibili di trattamento chirurgico; 2) al radiologo capitano dei casi in cui l'ubicazione della neoplasia (palpebre, angolo interno o esterno dell'occhio ecc.) rende l'operazione poco consigliabile per i possibili disturbi funzionali consecutivi; 3) al radiologo capitano casi inoperabili per la molteplicità dei focolai; 4) al radiologo possono infine capitare casi talmente estesi in profondità che non rientrano più nel campo chirurgico.

E. MILANI.

Il trattamento delle verruche.

Sembra ormai assodato che le verruche siano di origine infettiva; è però necessario che l'individuo si trovi in stato di recettività. Gli individui con verruche sono, di solito, giovani, che soffrono di carenza minerale, il che è dimostrato dal fatto che la somministrazione di certe sostanze minerali può fare scomparire le verruche. Spesso esiste, in questi individui, un certo grado di ipertensione.

Le condizioni favorevoli per lo sviluppo delle verruche sono date secondo Guyot (*Lyon médical*, 21 ott. 1928) da due ordini di cause:

1) Cause fisiche: crescenza, cattive condizioni igieniche od alimentari, che portano al linfatismo, albuminuria ortostatica;

2) Cause nervose: spaventi, preoccupazioni, emozioni vive e prolungate che conducono al nervosismo ed all'ipertensione.

L'evoluzione delle verruche comprende tre periodi: 1) l'incubazione, di durata variabile, in cui il ragazzo prende spesso un aspetto terreo, vagamente anemico; 2) lo sviluppo, che dura da 2 a 3 mesi per le verruche solitarie e 3-6 per quelle multiple. Per queste ultime, ogni 10-15 giorni, si ha comparsa di una o due verruche e ciò può continuare per diversi mesi. Le verruche nascono dovunque, ma di preferenza nelle regioni a ricca innervazione: piedi, mani, collo, viso. Esse non producono dolore, salvo per quelle che si trovano in regioni soggette a contusioni; sono senza gravità, salvo per l'inconveniente estetico, che dà talvolta una vera ossessione; 3) periodo di stato. Le verruche possono sparire spontaneamente in 5-6 mesi, ma durano spesso 10-15 anni e scompaiono soltanto quando il terreno si modifica. Le verruche solitarie sono le più tenaci. Quando una eruzione di verruche è terminata, raramente se ne ha una seconda: ma, in questo caso, le verruche che si tagliano o si bruciano non tardano a ricomparire e, talvolta, in gran numero.

Tutte le terapie proposte per le verruche vantano dei successi e non bisogna dimenticare che talvolta esse scompaiono spontaneamente.

Il *trattamento esterno* comprende la chirurgia, le cauterizzazioni termiche, chimiche, elettriche, i raggi X, la radioterapia.

Sul *trattamento nervoso*, con la suggestione, l'A. si dichiara scettico.

Trattamento interno, con polveri mineralizzanti. L'A. ne propone una alquanto complicata con: Fosfato di calce g. 6; Fosfato di ferro e Fosfato di manganese, ana g. 3; Fosfato di magnesia g. 4; Magnesia calcinata pesante g. 45; Id. leggera g. 35; Idrofluosilicato di sodio g. 2; Polv. di carbone vegetale, Polv. di China calisaya ana g. 1. Si distribuisce in cartine da cg. 55, di cui se ne dà una al principio del pasto principale. Il trattamento dura 60 giorni; la guarigione si ha, di solito, nel mese successivo. In caso di insuccesso, la cura può essere rinnovata.

Con questo metodo, l'A. ha ottenuto, su 1604 casi, 1428 risultati favorevoli e 176 insuccessi; degli individui curati, 158 erano ricorsi inutilmente ad altre terapie (cauterizzazioni, acido nitrico, termocauterio, ecc.).

Vi sono indubbiamente dei casi refrattari, che possono calcolarsi nella proporzione del 10 per cento.

fil.

Il trattamento delle ustioni gravi da soffi di vapore.

M. Lop (*Gazette des hôpitaux*, 24 novembre 1928) consiglia:

1) Nelle ustioni estese, astenersi dall'applicazione di ogni sostanza tossica;

2) Fare delle medicazioni rare, soltanto ogni 2-3 giorni, se è possibile;

3) Per gli arti (piedi, gambe, mani, avambracci) usare i bagni locali, tiepidi, al permanganato di potassio (2-3 ‰).

Per le parti del corpo, che non possono essere tenute in bagno, lavare con la stessa soluzione mediante cotone fissato ad una pinza. Applicare una medicatura di garza imbevuta nella stessa soluzione. La deodorazione è perfetta; il permanganato potassico non è tossico, nè caustico alle dosi accennate.

Durante il trattamento, non perdere di vista la possibilità di sequele dannose (sindattilia, guarigione delle dita in estensione forzata, cicatrizzazione viziosa per aderenze nelle pieghe di flessione) e fare il trattamento preventivo contemporaneamente alla medicatura.

Nelle ustioni poco estese, l'ambrina, o prodotti similari, danno buoni risultati.

fil.

VARIA.

Esiste oggi il pericolo che vengano seppelliti individui ancora vivi.

Sono questi i termini di un referendum proposto recentemente a cultori di medicina legale dal periodico *Difesa Sociale*.

Il prof. Ottolenghi nega che con le norme in vigore esista tale pericolo, perchè l'accertamento della morte vien fatto dal medico curante e dal medico necroscopo del Comune. Tuttavia per maggior garanzia si potrebbe esigere una terza visita nel momento di rinchiudere il cadavere nella cassa allo scopo di constatare la comparsa di fenomeni della putrefazione (macchie verdi sull'addome), che costituisce l'unico segno certo della morte.

Il prof. Carrara riconosce utile l'inchiesta della *Difesa Sociale* sia per stimolare i medici a compiere anche in tale occasione il loro dovere con coscienza e competenza, sia per eliminare preoccupazioni a carattere fobico, in quanto vi sono tuttora individui assillati dalla paura di essere sepolti vivi.

In effetti con le norme attualmente in vigore tale pericolo non esiste, ed i casi sensazionali che periodicamente ricorrono nelle cronache non fanno che confermare l'efficacia di tali norme.

Al riguardo ricorda il caso recente di un'infermiera di Berlino che avvelenata con mor-

fina e veronal fu trovata « morta irrigidita » con mancanza di riflesso corneale. Anche la prova della ceralacca aveva dato risultato negativo. La donna fu posta nel deposito cadaverico, e fu grazie a questa pratica se non fu sepolta viva. Un impiegato di polizia le scoprì segni di vita, movimenti.

Comunque non si può fare a meno di raccomandare ai medici di assolvere la funzione necroscopica con accortezza, coscienziosità e competenza.

Quantunque non esista alcun segno cui isolatamente possa conferirsi il carattere di certezza per la diagnosi di morte reale, tuttavia un giudizio sicuro potrà sempre darsi quando ci si fondi non sopra un solo elemento, ma sulla molteplicità e sopratutto sulla consensuale ed armonica significazione dei vari segni.

D'altra parte l'errore non può intervenire che in primo tempo. Ogni dubbio è da escludere quando dopo i segni negativi, ossia la cessazione delle varie funzioni, compaiono i fenomeni positivi della morte, e prima di tutto i segni iniziali della putrefazione.

Ciò posto il problema della diagnosi sicura della morte reale si risolve in una quistione di attesa.

Per il prof. Cazzaniga le norme attuali non dovrebbero far sussistere il pericolo, ma per scongiurarlo veramente bisognerebbe che i medici e le autorità le osservassero scrupolosamente, il che non sempre è. Propone sanzioni per gli inadempienti.

Il prof. Leoncini si rifiuta di dubitare che i medici non pongano in una faccenda così seria tutta la necessaria diligenza e che non siano da tutti applicate le norme di polizia mortuaria, le quali sono più che sufficienti ad eliminare le possibilità di seppellimento di individui ancora viventi.

Ricorda tali norme per le quali il seppellimento d'una salma si può effettuare solo dopo che la morte è stata accertata successivamente da due medici, e dopo un periodo di osservazione non inferiore alle 24 ore ed in certi casi fino a 48 ore, dopo un periodo cioè più che sufficiente per aversi segni esteriori positivi della morte.

D'altra parte durante il periodo di osservazione la salma deve essere tenuta in condizioni tali da non impedire e rendere avvertibili al custode le eventuali manifestazioni di vita.

Il prof. Lattes dubita che all'eccellenza delle norme in vigore atte ad evitare il seppellimento di individui ancora in vita, corrisponda sempre la diligenza di chi deve applicarle. Questa trascuratezza, specie negli ospedali, ha dato luogo ad errori, tanto più che la morte apparente non è avvenimento rarissimo (elettricità, asfissia, avvelenamenti).

I rimedi per scongiurare questo pericolo consistono nel richiamare più energicamente i medici all'osservanza rigorosa dei loro doveri e nell'aggravare le sanzioni.

Anche il prof. Perrando dubita che l'applicazione delle norme, eccellenti in via teorica, dia la garenzia assoluta dell'inesistenza del pericolo di seppellimento d'individui ancora viventi. Pochi comuni posseggono asili mortuari per un congruo periodo di osservazione e meno ancora in condizione di funzionare. Le visite per l'accertamento della morte non si fanno affatto o sono fatte superficialmente come una trascurabile formalità.

L'inosservanza delle norme in vigore oltre al pericolo in quistione ha altri inconvenienti d'indole statistica, igienica e legale in casi di morte improvvisa o sulla pubblica strada e quando la causa della morte o viene definita come uno di quei tanti accidenti, come la paralisi cardiaca, che copre spesso l'ignoranza e anche i delitti.

È opportuno quindi che non solo sia constatata la morte effettiva, ma anche la causa di essa. Al riguardo sono da consigliarsi ordini severi per la scrupolosa applicazione delle norme in vigore, e l'obbligatorietà dell'osservazione scientifica delle salme e dell'accertamento della causa del decesso in casi di morti dubbie o per causa clinicamente ignorata da praticarsi presso le Morgue municipali.

DR.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.

CONTROVERSIE GIURIDICHE

XVI. - Concorso ospedaliero: facoltà di scelta su terna: concorso unico per più posti.

L'amministrazione dell'ospedale di Viterbo indisse un concorso per la nomina di tre assistenti medici chirurghi. Furono dichiarati idonei 8 concorrenti: alcuni in grado uguale, *ex aequo*. Il regolamento dell'ospedale disponeva: «sarà formata una graduatoria motivata sulla quale la deputazione voterà sino *al terzo graduato*». Praticamente l'amministrazione procedette così: eliminò dalla gara il primo graduato, presumendo che non avrebbe accettato la nomina; comprese poi nella prima terna più di tre concorrenti, considerando per gruppo e non singolarmente coloro che erano stati graduati *ex aequo;* scelse e nominò uno degli idonei compresi nella prima serie, costituita da cinque nomi; provvedendo poi al secondo posto, aggiunse un altro gruppo di graduati *ex aequo* e praticamente scelse fra più di tre idonei; così, in fine, per il terzo. Ne derivò questa conseguenza: per il primo posto fu nominato il quarto graduato; per il secondo, il quinto graduato e, in fine, il settimo.

Il dottor de Agostino ricorse al Consiglio di Stato in s. g. deducendo, fra altro, che l'amministrazione avrebbe dovuto deliberare le tre nomine, votando fino al terzo graduato; in ipotesi, avrebbe dovuto formare *una terna* per ciascuno dei tre posti, considerando i concorrenti singolarmente e non per gruppo di graduati *ex aequo*. La prima deduzione era fondata su questa considerazione: la deputazione, avendo indetto un solo concorso per tre posti, era obbligata a provvedere alla nomina dei tre assistenti votando sino al terzo graduato. Vero che, così procedendo, sarebbe stato vulnerato praticamente l'esercizio della facoltà di scelta, ma questa non è condizione *necessaria* nè per legge nè per disposizione del regolamento locale ed è subordinata alle possibilità concrete. La deputazione, deliberando di provvedere alla nomina per tre posti in base ad unico concorso, poneva questo, legittimamente, nel campo di applicazione dell'art. 151 agli effetti della votazione sino al terzo graduato. L'esercizio della facoltà di scelta non era possibile, ma per fatto della stessa amministrazione.

In ipotesi, pur ammettendo che per ciascuna nomina si dovesse formare una terna, come se tre fossero i concorsi, la deputazione avrebbe dovuto limitare ciascuna votazione a tre nomi, designando cioè complessivamente cinque concorrenti, e non avrebbe dovuto formare la c. d. terna considerando non i singoli concorrenti ma il gruppo degli idonei *ex aequo*.

Il ricorso è stato accolto e la V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 12 aprile 1929, ha annullato la nomina deliberata dalla amministrazione ospedaliera.

XVII. - Procurato aborto di donna consenziente.

Chi concorre nel delitto di procurato aborto di donna consenziente è punito a norma dell'art. 382 C. p., cioè con la reclusione da trenta mesi a cinque anni e non *per concorso* nel reato previsto dall'art. 381, il quale considera un reato che può essere commesso soltanto dalla gestante.

La Corte di Cassazione penale, con sentenza 14 novembre 1928, ric. Sapienza, ha motivato così questa risoluzione, che è conforme ad altre, precedenti.

«Osserva la Corte, sul motivo comune ad entrambi i ricorrenti, che l'art. 381 C. p. (*la donna che con qualunque mezzo, adoperato da lei o da altri col suo consenso, si procura l'aborto...*) considera una figura di reato che è specialissima alla gestante e che perciò non ammette la possibilità di correo o di complice. Chiunque si assuma la responsabilità di assecondare le preghiere o i desideri della gestante, *se ciò faccia senza una giusta causa* (come sarebbe il caso del medico, che riconosce necessario l'atto abortivo) impinge nel reato di cui all'art. 382. Bene è vero che l'articolo 381 considera l'ipotesi del concorso di terze persone, ma questo come una delle possibili eventualità, e ciò fa perchè la condizione della gestante sia sempre uguale di fronte alla sanzione penale, sia che agisca da sola, sia che ricorra a terze persone. Ma il terzo, che così partecipa al reato, per quanto materiale cooperatore del reato di cui all'art. 381, col suo intervento procura, di conserva con la gestante, l'aborto a costei; il modo, mediante il quale lo scopo criminoso è raggiunto, costituisce perciò un fatto, il quale provoca l'aborto della donna consenziente, che è appunto il reato previsto e punito dall'art. 382. *Chi ha fornito alla donna il mezzo di abortire incorre in una sanzione più grave di quella comminata per la consenziente,* perchè questa, data la sua qualità di gestante, ha diritto ad attenuanti che non spettano che a lei. Essa, infatti, espone se stessa ad un pericolo al quale il cooperatore non è esposto: la gravidanza è, sotto un certo aspetto, uno stato patologico che ha spesso anche conseguenze di carattere psichico; la causa e le conseguenze della gravidanza possono essere motivo o di vergogna o di turbamento o di preoccupazione; queste sono cause che possono concorrere a menomare nella gestante la coscienza dell'illecito insito negli atti diretti a troncare la gravidanza; nessuna di queste cause può scusare o attenuare nella sua illiceità l'azione di un terzo: la sola causa di onore può in qualche modo diminuire la responsabilità di un prossimo congiunto; ma essa, contemplata nell'art. 385, non ha alcuna ragione di essere invocata quando manchi il concorso di quelle speciali condizioni che ne consentano l'applicazione».

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

APRICA (*Sondrio*). — Scad. 30 apr.; L. 8500 oltre L. 400 uff. san.; in corso d'approvaz. aumento a L. 10.000 e L. 1000 rispettivam.; L. 300 indenn. trasferta; quinquenni decimo; tassa L. 50,15; età mass. 40 a.; serv. entro 15 gg.

ASOLA (*Mantova*). — Scad. 6 mag.; 1° reparto; L. 9000 oltre L. 500-1800-2500 trasp., c.-v.; servizio ospedale con compenso indicato nel Capitolato; età lim. 39 a.; tassa L. 50,15.

BARI. *R. Prefettura*. — Ufficiale Sanitario. Per titoli ed esami. Consorzio: Triggiano, Capurso, Valenzano, Cellamare. Abitanti comples. 22759. Superficie ett. 5766. Stipen. L. 15.000. Divieto lib. eserc. Età limite a. 45. Documenti usuali. Scad. 30 maggio. Chiedere annunzio Prefettura.

ID. *R. Prefettura*. — Ufficiale Sanitario. Per titoli ed esame. Consorzio Modugno-Bitritto. Abitanti complessivi 17436. Superficie ettari 5348. Stipen. L. 15.000 con 4 aum. quadrienn. del decimo. Divieto libero esercizio. Età limite anni 45. Documenti usuali. Chiedere annunzio Prefettura.

BERNEZZO (*Cuneo*). — L. 8000 oltre L. 700 uff. san., L. 500 trasp.; ab. 3400; iscritti 150. Scad. 30 apr.

BOMARZO (*Viterbo*). — Scad. 30 apr.; L. 10.200 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1500 cav., L. 400 se uff. san.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

CHIETI. *Amministraz. Provinc.* — A tutto 15 lug., direttore della Sez. Med.-Microgr. del Lab. Prov. d'Ig. e Profil.; L. 16.000 e 4 quadrienni di L. 1000 oltre L. 3000 serv. att. e 25 % proventi ricerche analisi; titoli ed esame. Rivolgersi Segreteria.

CREVALCORE (*Bologna*). — Scadenza 10 mag.; 2ª cond.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi dal 3 apr.; L. 8800 e 5 quadrienni dec., oltre L. 720 c.v., L. 3000 cav. o L. 300 bicicl.; eventuale ampliam. senza maggiori compensi.

ENNA. *Congregaz. di Carità*. — Direttore dell'Ospedale Umberto I; L. 18.000 e 45 % operaz. chirurg.; proroga 30 apr., ore 18; età lim. 55 a.; tassa L. 50,15; titoli ed eventualm. esame. Doc. a 3 mesi. Chied. annunzio.

MOTTA S. ANASTASIA (*Catania*). — L. 8700 e 4 quinquenni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.10; doc. poster. al 31 mar. (*sic*). Chied. annunzio.

PIACENZA. *R. Prefettura*. — Uff. sanit. e medico capo del comune di Piacenza; proroga al 15 mag.

POGGIO BERNI (*Forlì*). — Scad. 30 apr.; L. 9000 oltre L. 1000 uff. san., L. 3000 cavalc., c.-v. Chiedere bando.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti*. — Concorsi per esami e titoli a 14 aiuti medici, 7 aiuti chirurghi e 3 aiuti patologhi; scad. ore 16 del 5 giu. Età lim. 35 a. Due anni di assistentato negli Ospedali Riuniti di Roma e dichiarazione finale di idoneità. Tassa L. 50. Stip. L. 7300 oltre c.-v. Rivolgersi Segreteria. Chiedere annunzio.

ROMA. *Governatorato*. — Direttore dell'Ufficio di Igiene e ufficiale sanitario della città di Roma. Proroga 20 maggio.

TREVISO. *Istituto Esposti*. — A tutto 10 maggio. Direttore sanitario del Brefotrofio; L. 6100 lorde e 5 quadrienni 10 %; eventuale indennità c.-v.; emolumenti per dozzinanti; professione libera compatibilmente colle esigenze di servizio. Per informazioni rivolgersi alla Presidenza.

UDINE. *Consorzio Antitubercolare della Provincia*. — Direttore del dispensario di Udine e incarico provvisorio tecnico del consorzio; assegno mensile complessivo non infer. a L. 2000 lorde, oltre trasferte; incarico triennale dopo anno di prova. — Direttori dei dispensari di Pordenone, Tolmezzo, S. Giorgio di Nogaro, Maniago; assegni mensili da L. 600 a 1000 oltre trasferte. — Assistente nel dispensario di Udine; assegno mensile da L. 600 a L. 1000 oltre trasf. — Competenza in tisiologia e radiologia. Età mass. 40 a. Scad. 10 mag.

VALLINFREDA (*Roma*). — Scad. 26 apr.; L. 10.500 per 1000 pov., addizion. L. 4, c.-v. L. 800, se uff. san. L. 400, 5 quadrienni dec.; tassa L. 50.

VICENZA. *Amministraz. Provinc.* — Assistente alla Sez. Batteriolog. e Med.-Micrograf. del Laboratorio Prov. d'Ig. e Profilassi; L. 12.000 e 5 quadrienni dec.; serv. att. L. 1750; compartecipaz.; riconoscim. parz. servizi anteriori; esame e titoli. Scad. 31 mag. Rivolgersi Segret. Comun. Età lim. 35 a. Tassa L. 50,15. Doc. a 3 mesi dal 7 apr. Chied. annunzio.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

Medico chirurgo accetterebbe interinato in residenza marina nei mesi estivi. Inviare offerte dott. Petrucci, Giornale « Policlinico ».

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il Re d'Inghilterra Giorgio V ha creato *lord* il dott. sir Berkeley Moynihan. Questa nomina ha due precedenti, in lord Lister e in lord Dawson of Penn, medico del Re.

Il prof. J. Tricot-Roger, di Anversa, è nominato ufficiale nell'Ordine della Corona d'Italia.

Il Tricot-Roger, presidente della Società Internazionale di Storia della Medicina, ha scritto molto sull'Italia, valorizzandola. Le sue opere più note sono: « Visions de Sicile » e « Oeillet de Venise ». L'onorificenza conferitagli è un riconoscimento delle sue benemerenze verso il nostro Paese.

Il Capo del Governo, on. Mussolini, ha confermato il senatore avv. Pietro Baccelli nell'incarico di Commissario straordinario del Regio Istituto Fisioterapico ed ospedaliero di S. Maria e S. Gallicano in Roma, creato per la più efficace lotta contro il cancro.

Il dott. Harold L. Amoss è nominato professore di clinica medica alla Scuola Medica della

« Duke University » a Durham (Carolina settentrionale). Il dott. Amoss è stato per 10 anni nell'Istituto Rockefeller e per 7 anni professore associato di clinica medica alla « Johns Hopkins University » di Baltimora. Ha compiuto degli studî sulla poliomielite, sull'eresipela, ecc.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Torino.

Riunioni medico-chirurgiche-radiologiche del Piemonte.

La seconda riunione del 1929 si è tenuta domenica 7 aprile. Il prof. Mario Donati ha parlato « Sugli errori possibili nella diagnosi dei tumori ossei » portando un'interessantissima casistica di tumori che simulano clinicamente processi infiammatori e di processi infiammatori che simulano clinicamente neoplasmi. Il prof. Benedetto Morpurgo è intervenuto nella discussione per illustrare un caso straordinariamente interessante nel quale sul terreno di una artropatia tabetica che decorse anche in seguito, almeno fin'ora, come tale, si sono presentati dal punto di vista istologico proliferazioni e fenomeni infiltrativi a carattere neoplastico e l'oratore ha affacciato la possibilità di fenomeni di rigenerazione a carattere di transizione con quelli nettamente neoplastici pur ritenendo che il caso debba essere ulteriormente osservato.

Il prof. Arnaldo Malan ha parlato « Sulla diagnosi dei tumori del rinofaringe » riferendo sulla sua ampia casistica dalla quale risulta che gli ammalati si presentano costantemente assai tardivamente allo specialista e che per molto tempo ed anche talora fino alla fine possono non accusare disturbi locali al rino-faringe o disturbi banali che possono trarre in inganno. Assai frequentemente i primi sintomi clinici sono costituiti da tumefazioni ghiandolari regionali. La cura dà sempre risultati assai scarsi ma è da tener conto che anche spontaneamente tali neoplasie hanno talora un decorso lentissimo. Hanno parlato quindi il prof. Francesco Abba sui « Dati statistici sulla diffusione del cancro in Torino ». Dalla valutazione razionale dei dati statistici risulta che le neoplasie non sono in aumento nella città di Torino ma d'altra parte non partecipano della generale diminuzione che invece presentano le malattie infettive. Hanno parlato quindi il prof. Boidi Trotti « Su un caso di vasto epitelioma ulcerato trattato con esito favorevole con radiazioni non filtrate »; il prof. dott. Bianchetti sul « Sarcoma dell'omero e trauma » e « Su un caso di tumori multipli e linfogranuloma ». Il dott. Bonanno riferì sull'ampia statistica ospedaliera dei casi di cancro ricoverati all'Ospedale Mauriziano negli ultimi venticinque anni, e il dott. Stoppani sul trattamento dei nei pigmentosi con la diatermocoagulazione, trattamento che l'O. ha effettuato ormai sopra una certa casistica con buoni risultati anche per la cosmesi. Il prof. Morpurgo è intervenuto nella discussione per ricordare quanto facilmente i nei possano essere soggetti a trasformazione maligna difficile a prevedere talora anche istologicamente per cui è consigliabile sempre una asportazione radicale.

Il testo completo delle comunicazioni sarà pubblicato e raccolto in un volume a cura della Presidenza.

CIPRIANI.

NOTIZIE DIVERSE.

Inchiesta internazionale sulla mortalità della prima infanzia.

Dopo parecchie sedute ha chiuso i suoi lavori presso l'Istituto Centrale di Statistica la Commissione di esperti statistici e igienisti, nominata dalla Sezione d'Igiene della Società delle Nazioni per un'inchiesta internazionale sopra la mortalità della prima infanzia.

La Commissione, di cui fa parte, per l'Italia, il Presidente dell'Istituto Centrale di statistica, prof. Gini, ha esaminato le relazioni sopra i risultati dell'inchiesta ottenuti in Olanda, in Norvegia, in Germania, in Inghilterra, in Austria e Francia, e i primi dati sopra l'Italia, in cui l'inchiesta è cominciata in un tempo posteriore.

Profittando della loro presenza a Roma, i commissari, sotto la guida del prof. D'Ormea, hanno esaminato il funzionamento dei Consultori dipendenti dalle cattedre di puericoltura, istituiti dall'Opera maternità e infanzia.

Commissione internaz. di medici per lo studio delle malattie professionali.

Una Commissione di medici è stata inviata in Italia dalla Società delle Nazioni, per studiare quanto si è fatto finora da noi, per la cura delle malattie del lavoro e per la prevenzione e la cura degli infortuni. La Commissione, che ha partecipato al Congresso internazionale delle malattie professionali tenutosi a Lione, è composta di rappresentanti della Germania, Inghilterra, Austria, Belgio, Francia, Italia, Olanda, Polonia, Svizzera, Cecoslovacchia.

La Commissione è accompagnata dal dott. Gaal, rappresentante l'organizzazione dell'igiene della Società delle Nazioni, e dal dott. Carozzi, rappresentante del servizio di igiene dell'Ufficio internazionale del Lavoro. A Torino la Commissione, dopo un'adunanza all'Istituto di fisiologia, ha visitato alcuni stabilimenti cittadini. Il prefetto Maggioni, ha dato il benvenuto a nome del Capo del Governo. A Genova hanno visitato varî Istituti scientifici e sono stati ricevuti dal Podestà.

Commissione per la Cooperazione Intellettuale.

L'8 corrente ebbe luogo, a Roma, nella sede dell'Accademia dei Lincei, la seduta inaugurale della Commissione Nazionale Italiana per la Cooperazione Intellettuale, sotto la presidenza dell'on. Rocco, assistito dai due vice-presidenti on. Belluzzo e Fedele. Erano presenti numerose personalità del mondo artistico, letterario e scientifico, e il prof. Giuliano Luchaire, direttore dell'Istituto internazionale per la cooperazione intellettuale. La Commissione ha poi svolto i suoi lavori.

Le cattedre ambulanti di puericoltura.

Sono dodici e contano 143 centri di consultazione, organizzate dall'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia nelle regioni più bisognose d'Italia, dove la mancanza di mezzi sanitari e l'ignoranza delle madri mettono in serio pericolo la vita e la salute dei fanciulli.

Queste istituzioni hanno per scopo di dare alle madri un *minimum* di cognizioni, che le metta in grado di contribuire alla diminuzione della mortalità infantile ed all'irrobustimento del fanciullo.

Ogni Cattedra è tenuta da un pediatra, aiutato nella sua opera da un'abile infermiera. Il medico organizza nel suo settore corsi e conferenze per le madri; in molti casi egli trova un valido aiuto nel Parroco. Il medico visita ogni settimana i paesi dipendenti dalla sua Cattedra. In ogni paese vi sono locali appositi per le visite ai lattanti.

Una grande difficoltà per il pediatra è di far comprendere alle madri la necesità di far visitare anche i bambini sani. Il medico è sempre provvisto di prodotti dietetici, quali latte in polvere, farina lattea; detti prodotti vengono distribuiti alle madri povere.

Il medico direttamente non si occupa, se non in casi urgenti, del ricovero dei bambini in istituti d'assistenza, essendo questo in via generale di competenza del Comitato locale di Patronato dell'Opera Nazionale.

L'Istituto di Medicina "Achille de Giovanni„ a Napoli.

Con l'intervento delle più alte autorità e dei più illustri professori dell'Ateneo napoletano, con a capo il prof. Jemma, preside della Facoltà, ed il prof. Pietro Castellino, si è inaugurato austeramente l'Istituto Achille de Giovanni, con la benedizione impartita da S. E. il card. Ascalesi, fatto segno agli omaggi della folla, fra cui spiccavano una nobile rappresentanza di elette dame e di studenti.

Prima della benedizione il direttore prof. Michele Landolfi, ed il vice-direttore dott. Luigi Magliulo, hanno brevemente illustrato il funzionamento ed il divenire della bella istituzione, nelle sue diverse manifestazioni didattiche, scientifiche, umanitarie.

Dopo la breve e solenne cerimonia tutti hanno ammirato i diversi reparti di tecnica medica (pneumotorace, iniezioni endovenose, pressione sanguigna, ecc.), di diagnostica e terapia fisica (raggi X, raggi ultra-violetti, ecc.), l'*inalatorium* per la cura calcica della tubercolosi, i diversi laboratori, ricchi di apparecchi per la biologia, per la chimico-clinica, per la batteriologia, per l'ematologia, per l'endocrinologia, ecc., l'aula, ove già convengono numerosissimi studenti e giovani medici, i quali senza alcun dispendio, apprendono la medicina pratica e le diverse tecniche, ed il funzionamento dell'Istituto, aperto largamente anche agli infermi poveri, e tutti si sono congratulati con il prof. Michele Landolfi e con i dottori Luigi Magliulo, Carlo de Vita, Agostino Lauri e Francesco Verde, soci e fondatori della nobile istituzione.

Innumerevoli le adesioni da ogni parte d'Italia: prof. sen. Marchiafava, Roma; prof. Galdi, Bari; prof. sen. Queirolo, Pisa; prof. Micheli, Torino; prof. Viola, Bologna; prof. Anile, Roma; prof. Boeri, Napoli, prof. F. P. Sgobbo, Napoli; prof. A. Ferrannini, Napoli; prof. Sciuti, Napoli; prof. Iacobelli, Napoli; prof. Piergrossi, Napoli; prof. Castronuovo, Napoli; prof. M. Spinelli, Napoli; prof. N. Papa, Bari; prof. Ronzoni, Milano, ecc.

Per le cliniche universitarie di Chicago.

Sul « Julius Rosenwald Fund » sono stati assegnati 250.000 dollari l'anno, per 5 anni, alle Cliniche universitarie di Chicago, a condizione che fosse coperta una somma eguale; ciò è stato fatto dai signori Albert D. Lasker e Max Epstein, che si sono impegnati a versare ciascuno 125.000 dollari l'anno per 5 anni. Complessivamente, alle Cliniche universitarie di Chicago vengono così ad essere destinati circa 50 milioni di lire italiane.

Le Cliniche prossimamente s'ingrandiranno con un pedocomio, un istituto ortopedico e un ospedale generale. Direttore generale delle Cliniche è il dott. Franklin C. McLean, professore di clinica medica.

* * *

Il 1° maggio verrà inaugurato a Chicago il nuovo « Passavant Memorial Hospital », di fronte alla « Northwestern University Medical School ». È capace di 225 letti e consta di 12 piani, dei quali 9 destinati per il ricovero dei pazienti, uno (il secondo) per i laboratori e per la terapia fisica, uno (l'undecimo) per i servizi chirurgici, uno per i servizi generali. Un'ala sarà provvisoriamente riservata alla scuola ed agli alloggi delle infermiere. Una buona parte dell'ospedale sarà destinata all'insegnamento clinico; il collegamento con l'Università Northwestern viene stabilito anche dal direttore dell'Ospedale, dott. Irving S. Cutter, che è decano della Scuola medica. Il nuovo ospedale ne sostituisce un altro, fondato una sessantina di anni or sono dal dott. W. A. Passavant, cui si devono anche vari altri ospedali dell'Illinois.

Per la scuola medica di New Haven.

La Direzione della Pubblica Istruzione degli Stati Uniti (U. S. General Education Board) ha assegnato 2 milioni di dollari, pari a 40 milioni circa di lire it., all'Ospedale di New Haven, il quale è affiliato alla Scuola Medica della « Yale University », affinchè vi si provveda a creare un laboratorio medico, un laboratorio pediatrico, un dispensario ed una unità ospedaliera. È questa la terza sovvenzione destinata alle nuove costruzioni che devono sostituire il vecchio ospedale di New Haven ed accrescere l'efficienza della Scuola Medica.

Da varie fonti si sono pure avute, per lo stesso scopo, ingenti elargizioni, tra cui una di 1,5 milioni di dollari dall'« Institute of Human Relations ».

Fondazione Ella Sachs Plotz.

La « Ella Sachs Plotz Foundation for the Advancement of Scientific Investigations » annunzia che la richiesta di fondi per ricerche da eseguire durante il 1929-1930, devono pervenire al Co-

mitato esecutivo non oltre il 15 maggio prossimo. Si dà la preferenza a ricerche nel campo medico-chirurgico e, di regola, concernenti un singolo problema o problemi strettamente affini tra loro. Fin'ora sono state fatte 73 sovvenzioni a studiosi di 14 nazioni. Rivolgersi al segretario del Comitato Dr. Joseph C. Aub, Huntington Avenue 595, Boston, Mass., S. U. d'A.

8° Congresso nazionale di neurologia.

Si è svolto a Napoli, come avevamo annunziato, dal 10 al 12 aprile. Alla cerimonia inaugurale convennero le autorità civili, militari e amministrative e un folto pubblico; parlarono il presidente del Comitato organizzatore prof. Fragnito, il rettore magnifico prof. Bruschettini e un rappresentante del Comune. Daremo in un prossimo numero un breve resoconto dei lavori

Congresso medico cinese.

Il convegno biennale dell'Associazione Medica Cinese si è tenuto a Sciangai dal 7 al 13 febbraio, sotto la presidenza del dott. A. W. Uu, col concorso di un grande numero di delegati e di membri, tra i quali era largamente rappresentato l'elemento indigeno. Al congresso era unita un'esposizione. Furono tenute varie conferenze pubbliche, tra cui destò interesse una del dott. K. C. Uong, noto cultore di storia della medicina cinese.

IV Congresso Pan-Pacifico delle Scienze.

Si terrà a Batavia (Giava) durante il mese di maggio, sotto gli auspicî del Governo Olandese.

Lotta contro la malaria nel Governatorato di Roma.

Il Governatore di Roma, principe Boncompagni Ludovisi, ha emanato un'ordinanza che detta norme precise ai proprietari ed affittuari delle tenute del suburbio e dell'Agro Romano, per la lotta contro la malaria.

Contro la legge sulle assicurazioni sociali in Francia.

Sui 25.000 medici esercenti in Francia, 22.000 circa hanno espresso il loro rifiuto, attraverso le organizzazioni sindacali, di collaborare per l'applicazione della legge sulle assicurazioni sociali.

Il ministro del lavoro e dell'igiene, on. Loucheur, ha dichiarato che il Governo è deciso ad applicare la legge a qualunque costo e che l'opposizione della classe medica non verrà presa in considerazione.

Per la proibizione del matrimonio ai tubercolotici di guerra in Francia.

Alla Società di Medicina di Bordeaux fu fatto rilevare il danno che i tubercolotici pensionati arrecano all'integrità della razza, quando, fidando sulle discrete condizioni economiche, si uniscono in matrimonio, producendo prole che aumenta il numero degli inetti. Il prof. Anglade propose che a tali malati non sia consentito il matrimonio.

Deputati medici.

Al manipolo dei deputati medici dell'attuale legislatura, di cui demmo notizia nel N. 14, sono da aggiungere: Bartolomei Alessandro, Chiurco Giorgio Alberto e Giardina Giuseppe.

Invio di siero mediante l'aeroplano.

Per curare un difterico e difendere una piccola comunità d'indiani, posta a circa 500 miglia (900 Km.) dalla cittadina di Edmonton (sulla baia di Hudson nel Canadà), un medico, chiamato da una distanza di 50 miglia, avanzò richiesta di almeno 200 dosi di siero. Il suo messaggio venne mandato per mezzo di una slitta, che impiegò 10 giorni a raggiungere la più vicina stazione ferroviaria, a 200 miglia di distanza, anche perchè il conducente fu colpito da influenza. Non appena il messaggio fu ricevuto, un aeroplano partì da Edmonton con la provvista di siero.

Esso dovette atterrare due volte, perchè il freddo ostacolava le manovre. Uno dei due aviatori giunse alla destinazione così congelato ed esaurito, che non potè scendere dalla carlinga.

Un romanzo di medicina sociale.

Il dott. Gilbert Robin ha vinto, tra 85 concorrenti, un concorso indetto tra i medici dal « Siècle médical » per un romanzo che offrisse uno studio ad andamento scientifico dei fatti sociali.

Della giuria facevano parte valenti letterati e membri dell'« Académie française ». Il lavoro presentato dal Robin e dal titolo « Noël Mathias », è stato giudicato, ad unanimità, come una delle migliori produzioni letterarie dei nostri tempi.

Al Robin è stato offerto un grandioso banchetto, presieduto dal ministro della giustizia Louis Barthou.

Il Robin conta solo 35 anni; è medico capo della « Assistance des enfants nerveux, retardés ou instables » dello « Institut de Limours pour enfants arriérés » e della « Oeuvre des blessés nerveux de la guerre ». È autore di altri cinque romanzi, che hanno ottenuto molto successo. Durante la guerra fu ferito da uno « shrapnel ». Fu decorato della Legion d'onore, per l'eroica condotta.

Troppi convegni medici.

I medici di Memphis (Stati Uniti) hanno impiegato una serata a discutere sulle difficoltà derivanti dal moltiplicarsi dei convegni, i quali sottraggono tempo e ostacolano l'attività professionale invece di favorirla.

In memoria di Enrico Morselli.

Il fascicolo di gennaio-febbraio dei « Quaderni di Psichiatria », fondati da Enrico Morselli — il quale li ebbe carissimi — è interamente consacrato a rievocare la vita, il pensiero, la produzione scientifica del grande maestro e scienziato.

Il denso fascicolo contiene una serie di articoli — dovuti ad E. Tanzi, G. Mingazzini, G. Antonini, M. Kobylinski, ecc. — i quali ne prospettano la magnifica, multiforme, instancabile, feconda attività.

Il giorno 12 è morto in Roma il dott. UGO MARIOTTI che fu un pioniere dell'assistenza sociale in Roma e che alla lotta antitubercolare ha dedicato lunghi anni di quotidiano lavoro, assiduo, efficace, entusiastico.

Non potremmo offrire miglior fiore alla sua tomba che riproducendo qui le parole pronunciate ai suoi funerali dal nostro redattore-capo.

« Non posso staccarmi dalle spoglie mortali che albergarono l'anima di Ugo Mariotti senza un ricordo dell'uomo esemplare, senza il rimpianto dell'affettuoso compagno di lavoro.

Ricco di intelligenza, di volontà, di sentimento: forte di tempra e di rettitudine, egli si affacciò alla vita. L'avvenire doveva aprirsi luminoso per lui, se l'operosità, la coltura, la devozione al dovere, la bontà d'animo, garantissero nella vita il successo, bastassero a creare la felicità d'una esistenza.

Un avverso destino gravò su Ugo Mariotti; gli rapì d'improvviso tragicamente le persone più intime; stroncò in quell'anima sentimentale la volontà di lottare. Il dolore cupo e profondo si vestì di rassegnazione; ma esaltò il senso del dovere fino al sacrificio, acuì la sensibilità di lui fino ad immedesimare con il suo dolore il dolore del suo prossimo. Il suo grande cuore accolse tutte le pene altrui per effonderne tesori di pietà.

Di Ugo Mariotti, per quanto medico distintissimo, non ricorderò nè la carriera, nè i lavori, nè i meriti di ufficiale della pubblica salute, nè il valore e la probità del professionista.

Il felice complesso delle innate facoltà novellamente si plasmò sotto la potenza del dolore. Egli non badò alla conquista d'una posizione nel mondo; ma gioì nella dedizione di sè per giovare al prossimo, per lenire le miserie e le pene degli umili. Tutta la sua vita divenne un fervido apostolato di bontà, del quale quanti siamo qui uniti intorno alla sua bara piangiamo la fine.

Il padre tragicamente colpito dalla sventura divenne l'amoroso tenerissimo padre dei derelitti della fortuna e della salute.

Se l'antica amicizia, fattasi con gli anni sempre più intima e più cara, mi conferirebbe il privilegio di dare, a nome di quanti furono attratti dal fascino della sua bontà, l'estremo vale alla sua anima eletta, e se dieci anni di lavoro in comunità di spirito mi farebbero il dovere di portargli la riconoscenza del *Comitato Romano contro la tubercolosi*, sono sicuro di destare ancora un palpito della sua vita, rendendomi interprete della gratitudine di tanta povera gente da lui beneficata, rievocando la gioia dei bambini dei nostri ospizî, che, fiduciosi e festanti, appena lo vedevano, lo circondavano della più dolce tenerezza.

Egli aveva fatto suo il motto di Cristo: *Sinite parvulos venire ad me* ».

Si è spento a Napoli il prof. FRANCESCO SORRENTINO, il quale per 24 anni ha diretto l'Ospedale dei Pellegrini. Specializzatosi nel campo della traumatologia, vi ha portato contributi notevolissimi, tra i quali si distinguono quelli relativi alla chirurgia del sistema nervoso centrale. Ricordiamo i suoi studi sull'afasia consecutiva a lesioni violente e sui traumi della regione rolandica; sulla chirurgia della regione frontale; sulle lesioni traumatiche della spina dorsale (con una casistica personale di circa 200 osservazioni). Vanno segnalati anche i suoi contributi allo studio delle ferite dei vasi e alla chirurgia degli aneurismi, alle lesioni traumatiche delle vie urinarie, ecc. Fu tra i primi a praticare la toraco-laparotomia per ferite del diaframma.

Era di animo buono e generoso.

Contava 75 anni; da 2 anni aveva lasciato l'Ospedale in cui aveva profuso la sua benefica attività.

R. M.

È morto a Torino in età di 62 anni, il prof. comm. FERDINANDO BATTISTINI, assai conosciuto in Italia e fuori, come fervido studioso nel campo della medicina.

Era stato colpito da qualche tempo da una forma insidiosa influenzale.

Era docente di patologia medica e medico primario dell'ospedale di S. Giovanni.

Fu archiatra di Benedetto XV.

Ricoprì pure la carica di membro del Consiglio di amministrazione dei tubercolotici di San Luigi e di membro del Consiglio direttivo del Patronato dei mutilati ed invalidi di guerra; vero apostolo della lotta antitubercolotica.

G.

Il dott. AGOSTINO MATTOLI, spentosi ad Anzio in età di 54 anni, era nato a Bevagna (Umbria). Laureatosi in medicina a Roma e poi subito a New York, dove si era recato a perfezionarsi, esercitò con molto plauso la sua arte, riscuotendo in breve la più ampia fiducia da parte di cospicui personaggi, tra cui l'on. Giolitti, che lo tenne in grande estimazione e che, oltre del suo valore professionale, seppe valersi di lui e del suo tatto in più di una circostanza.

Fu eletto deputato nel collegio di Perugia nel 1920. In questi ultimi tempi si era appartato dalla vita politica, dedicandosi completamente alla sua professione.

Ai due figli, Giorgio e Agostino, vadano le espressioni del nostro profondo cordoglio. G. I.

Con ENRICO FERRI è scomparso uno dei fondatori della scuola positiva del diritto penale, che considera la delinquenza come un fenomeno biologico dello stesso ordine delle malattie, la studia con i metodi delle scienze naturali e la combatte e la previene con metodi che sono, ad un tempo, razionali ed umanitari.

Questa grandiosa concezione, paragonabile soltanto a quella che fece rientrare la pazzia nel dominio delle scienze mediche, ha avuto larghissima ripercussione in tutti i Paesi civili e porta ormai alla graduale riforma del diritto penale. Essa costituisce un vanto del nostro Paese: Cesare Lombroso ne fu il biologo, Enrico Ferri, coadiuvato da Fioretti e da Garofalo, ne fu il giurista.

L. V.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Pediatria, 1 apr. — F. MIRAGLIA. Azione della vaccinoterapia. — G. JEMMA. Sul virus filtrabile osteomielitico.

Minerva Med., 31 mar. — C. GIACOBBE e R. PAZZAGLI. Disinfez. della cute con soluz. alcool. di ac. picrico.

Cl. e Ig. Infant., mar. — P. MACCIOTTA. Rapporti fra malaria e tubercolosi nei bambini.

Dermosifilografo, mar. — N. CALUZZI. Il tallio quale epilatorio nelle tigne del cuoio capelluto.

Pensiero Med., 15 mar. — A. MARRAS. Acridinoterapia e infezione blenorragica.

Riv. di Patol. nerv. e ment., 30 mar. — M. ZALLA. Trauma e sintomatol. di sclerosi laterale amiotrofica.

Ann. di Ostetr. e Ginec., 31 mar. — G. DOSSENA. Rottura spont. d'utero dopo il taglio cesareo sul segmento infer. — C. SILVA. Pericoli e vantaggi del raschiam. diagnostico e della biopsia.

Mediz. Klinik, 30 mar. — HAMMERSCHLAG. Trombopenia essenziale (morbus maculosus Werlhofii) in gravidanza.

Münch. Med. Woch., 29 mar. — MAGNUS. Fratture vertebrali. — REICHENBACH. Fratture della mandibola. — GELMANN. Copro e uro porfirine.

Deut. Med. Woch., 29 mar. — SCHMIDEX e PEIPER. Lipoma endomidollare cervicale felicemente operato. — SCHÖNE. Trattam. dell'ideo da aderenze post-operative.

Arch. Ital. di Chir., 3. — M. BUFALINI. Rapporti interviscerali nella diagnosi di sede dei tumori addom. — M. BENVENUTI. Trauma nella patogenesi della tbc. osteo-articolare.

Studium, 20 mar. — G. C. RIQUIER. La terapia chirurgica nelle malattie organiche del sist. nerv.

Mediz. Klinik, 28 mar. — H. SCHLOFFER. Divagazioni sulla chirurgia gastrica. — GULEKE. Come migliorare la prognosi *ad vitam* dei cancerosi.

Bull. Méd., 22-30 mar. — Numero di terapia.

Ann. de l'Inst. Pasteur, mar. — A. URBAIN e W. SCHAEFFER. Studio speriment. di un virus erpetico. — G. BERTRAND e B. BEUZON. Lo zinco negli alimenti veget.

Riv. Ital. di Ginec., mar. — E. MAURIZIO. Le « metrorragie » della pubertà. — G. PAROLI. Edemi gravidici. — F. D'ERCHIA. Placentazione umana.

Edinb. Med. Journ., apr. — E. BRAMWELL e al. Discuss. sull'encefalite let. — C. I. B. VOGE. Azione agglutinante del siero umano sul *B. abortus*.

Arch. d. Sc. Med., feb. — L. FONTANA. « Eritroconti » di Schilling nell'anemia pern. — L. SUSSIG. Corioangiomi. — L. CROSETTI. Policitemia vera ed affezioni degenerative del sist. nerv.

Rev. Franç. de Gyn. et d'Obst., mar. — J. REGNAULT. Retrodeviazioni uterine e terapia da riflessi.

Proc. R. Soc. of Med., mar. — Discussioni sulle meningiti e sulle trombosi post-operatorie. — Copiosa casistica.

Riforma Med., 30 mar. — D. GIORDANO. Ascesso sottodiaframmatico quale complicazione tardiva di appendicite. — F. PUTZU DONEDDU. Valore oncogenetico del trauma del testicolo.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. **V. ASCOLI, Red. resp.**

PERIODICI EDITI DALLA NOSTRA CASA

Sommari dei Numeri di recentissima pubblicazione:

CUORE E CIRCOLAZIONE

Periodico mensile diretto dal prof. VITTORIO ASCOLI
Redattore-capo: prof. **CESARE PEZZI**

Il Numero 4 (Aprile 1929) contiene:

Lavori originali: C. PEZZI: L'infarto miocardico. Studio clinico e elettrocardiografico.
Rassegne, Riviste e Congressi. — **Fisiopatologia**: A. LUISADA: Le intercisioni del respiro di origine circolatoria. — P. ZUELZER: L'ormone cardiaco. — F. C. ARRILLAGA: Angina di petto. — DANIELOPOLU: Sull'arresto di un attacco di tachicardia parossistica mediante compressione de seno carotico. — **Clinica**: A. DUMAS: L'endocardite mitrale a forma ipertensiva. — R. S. PALMER e P. D. WHITE: Il significato clinico dell'asma cardiaco. — L. GRAVIER: Insufficienza polmonare funzionale nel decorso della stenosi mitralica. — **Terapia**: PARATH: Sull'importanza dei metodi funzionali nella classificazione e nel trattamento dell'ipertensione arteriosa. — W. SCHOLZ: La cura della debolezza cardiaca.
Notizie bibliografiche.

Abbonamento annuo: Italia L. **36**; Estero L. **55**. Un numero separato L. **5**; Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **30**; Estero L. **45**.

A RICHIESTA SI INVIA NUMERO DI SAGGIO

IL VALSALVA

RIVISTA MENSILE DI OTO-RINO-LARINGOJATRIA
diretta da **GUGLIELMO BILANCIONI**

Il Numero 4 (Aprile 1929) contiene:

Anatomia: B. SIMONETTA: Ricerche embriologiche sulla cartilagine tiroide nell'uomo e in «ovis aries».
Esperimenti e saggi: G. BOTTURA: La reazione meccanica tonsillare di Viggo Schmidt.
Raccolta di fatti: D. DI VESTEA: Su di una rara malformazione congenita del naso. — A. BRONZINI: Intorno alla svariata configurazione delle cartilagini di Morgagni.
Ricerche di laboratorio: A. BUCCELLI: Le modificazioni delle fosse nasali nella avitaminosi beri-berica sperimentale.
Problemi universitari e di coltura: P. CALICETI: Sulla questione dell'insegnamento ufficiale dell'otorinolaringologia.
Recensioni: Resistenza vitale e modificazioni biologiche del bacillo della difterite nell'ambiente. Gli animali come portatori di virus difterico. — Il valore dell'anisocoria provocata nella diagnosi di adenopatia tracheo-bronchiale tubercolare dell'infanzia. — La volta palatina negli ammalati di tubercolosi polmonare. — Tentativi d'immunizzazione antidifterica con l'anatossina somministrata per via nasale. — Sulla natura e sul determinismo genetico della batteriemia difterica sperimentale. — Di una particolare disposizione che si riscontra nella muscolatura intrinseca della laringe in alcuni rosicanti. — I raggi Roentgen nella cura della tubercolosi. — Di un caso non frequente di lunga permanenza di un corpo estraneo nelle vie aeree. — La roentgenterapia nella tubercolosi e nel carcinoma della laringe. — Tumori salivari intermittenti. — Vagotonia sopradiaframmatica e sottodiaframmatica. — Ricerche sperimentali sulla permeabilità delle meningi. — L'influenza dei raggi Roentgen sul consolidamento delle fratture della mandibola. — Sul significato e sul valore semiologico del riflesso di Muck. — L'epitelioma glandolare della lingua. — Considerazioni su lesioni dell'apparecchio percettivo negli aviatori. — Sulla morte improvvisa da gaz illuminante. — Sui rami orbitali del ganglio sfeno-palatino e sulla presenza di ganglietti nervosi nel loro decorso. — Rapporti fra vegetazioni adenoidi e adenopatia tracheobronchiale. — Un caso di stomatite ulcerosa seguito da morte. — La difterite in Catania dal 1900 al 1926. — Lesioni epiteliali consecutive alla deficienza paratiroidea particolarmente concernenti il campo otorinolaringologico.
La nota storica.
Necrologio: Ferruccio Putelli.

Abbonamento annuo: Italia L. **36**; Estero L. **55**. Un numero separato L. **5**. Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **30**; Estero L. **45**.

A richiesta si invia numero di saggio

LA CLINICA OSTETRICA

Rivista mensile diretta da Paolo Gaifami

Il Numero 4 (Aprile 1929) contiene:

Lavori originali: V. MATARESE: Mestruazione e sviluppo fetale.
Fatti e documenti: N. RIZZACASA: Trauma e aborto. — A. MATERZANINI: Parto in presentazione di spalla trascurata espletatosi in evoluzione spontanea.
La rubrica degli errori: A. MERGARI: Emoperitoneo da rottura spontanea di una cisti ovarica.
Riviste generali: F. LORENZETTI: L'ovaio e le sue secrezioni interne.
La rubrica medico-legale: P. GAIFAMI: A proposito di un caso di fibroma dell'utero scambiato, a ventre aperto, per gravidanza settimestre.
Dalle riviste: **Ostetricia**: Sulla radiopelvimetria. — Relazioni fra gravidanza e malattie della vescica biliare. — Fattori predisponenti alle pieliti in gravidanza. — Le pielonefriti puerperali. — La placenta accreta. — I colli rigidi e stenotici nel primo periodo del parto. — La rachianestesia nel trattamento della rigidità spasmodica del collo durante il travaglio. — Enfisema respiratorio durante il parto. — **Ginecologia**: La tecnica delle iniezioni intrauterine di lipiodol nella diagnosi ginecologica. — Reperti radiografici in un caso di mioma trattato con l'intervento conservativo. — Diagnosi di cancro del collo dell'utero per mezzo dello striscio. — La cervicite cistica. — Alcune lesioni dell'uretere consecutive ad operazioni ginecologiche. — Una nuova varietà di fistola urinaria nella donna: la fistola vescico-vulvare. — **Pediatria**: Cranio molle e craniotabe nel lattante. — Il trattamento profilattico dell'infezione ombellicale. — Il trattamento dell'asfissia dei neonati con l'iniezione di lobelina nella vena ombellicale. — **Note di biologia**: Ricerche sulla formazione del latte. — Lo zucchero del sangue nelle iperemesi. — Modificazioni dell'ovaio all'azione dei raggi.
I libri.
Varietà: Maternità illegittima negli Stati Uniti. — La madre o il figlio? — La popolazione della terra.
Notizie.

Abbonamento annuo: Italia L. **36**; Estero L. **55**. Un numero separato L. **5**. Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **30**; Estero L. **45**.

A richiesta si invia numero di saggio

Il Diritto Pubblico Sanitario

Periodico mensile di legislazione e giurisprudenza.
Direttori:
On. Dott. **Aristide Carapelle,** Consigliere di Stato.
Avv. **Giovanni Selvaggi,** Esercente in Cassazione.

Il Numero 3 (Marzo 1929) contiene:

Le attribuzioni dell'ufficiale sanitario.
Note sintetiche: L'azione di indebito arricchimento e il rapporto d'impiego.
Rassegna di giurisprudenza: Perizie. L'onorario deve essere pagato dall'Erario anche al secondo perito? — Concorsi: un caso singolare di distribuzione dei punti. — Dispense dal servizio per attribuzioni straordinarie: cause e forme del procedimento. — Licenziamento per fine di prova: motivazione. — Liquidazione della pensione; rimedi giuridici. — Infortunio (o inabilità) per infezione malarica. — Infortunio: minorazione indennizzabile. — Marchi e segni distintivi di prodotti medicinali (iodogelatina); concorrenza illecita. — Marchi di fabbrica: boro talco Roberts.
Leggi e Atti del Governo: Regolamento per l'esercizio ostetrico delle levatrici. — Regolamento per la vigilanza sanitaria nelle carni. — Assicurazione obbligatoria per le malattie e per l'assistenza sociale della gente del mare e dell'aria. — Emblema della lotta contro la tubercolosi. — Nuovo modulo per la denuncia dei casi di aborto.

Abbonamento pel 1929: per l'Italia L. **36**. Per gli associati al «Policlinico»: per l'Italia L. **30**. Un numero separato L. **5**.

A richiesta si invia numero di saggio

Per ottenere quanto sopra inviare Vaglia Postale o Chèque Bancario all'editore LUIGI POZZI, Via Sistina, 14 – ROMA

ANNO XXXVI — Roma, 29 Aprile 1929 — Num. 17

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: Prof. VITTORIO ASCOLI.

Il controllo epatico degli sfinteri gastro-intestinali.

Ricerche cliniche e radiologiche.

Prof. PAOLO ALESSANDRINI
Primario-Medico degli Ospedali di Roma.

1) *Teoria miogena e neurogena della funzione motoria gastro-intestinale.*

È davvero sorprendente come il concetto di vagotonia e simpaticotonia, basato su dati sperimentali e clinici così fragili, possa ancora dominare la patologia digestiva, integrato più o meno da speculazioni pseudoscientifiche che cristallizzano in due aspetti antagonisti tutta la complessità della fisiopatologia motrice e secretoria dei vari segmenti gastro-intestinali.

Esso dovrebbe rappresentare una formula clinica atta a spiegare, non solo la base costituzionale di una determinata sindrome, ma i multiformi aspetti del disturbo digestivo e i suoi rapporti con altri stati morbosi. Senza entrare in dettagli, mi basta qui accennare che, seguendo allo schermo radiologico i casi classificati, in base ai dati clinici e farmacologici, in un tipo o nell'altro, si osservano quasi costantemente non solo dissociazioni tra i valori del tono e della peristalsi gastrica ma variazioni notevoli nel corso del processo digestivo stesso del tono degli sfinteri e tale un disaccordo tra i dati radiologici e quelli rilevati dall'esame del succo gastrico che si può spiegare la fortuna di una tale concezione patogenetica solo perchè atta a soddisfare le anime semplici e, per la loro struttura mentale, obbligate a una visione schematica e simmetrica dei problemi di patologia e di clinica. Il giuoco della muscolatura gastro-intestinale è soggetto invece a un'infinità d'influenze che nel corso dell'evoluzione si sono venute perfezionando o deformando e che, allo stato attuale della scienza, possono solo in parte essere analizzate nei loro elementi. Tali considerazioni ci daranno facilmente la spiegazione di tutti

gl'insuccessi terapeutici a cui andiamo incontro giornalmente se in casi di presunte vagotonie gastro-intestinali ci aspettiamo con sicurezza la scomparsa dei disturbi dalla somministrazione sistematica di atropina o adrenalina.

Chi ha seguìto obbiettivamente e senza preconcetti la letteratura di questi ultimi anni sa quale profonda delusione abbiano subìto i sostenitori dell'infallibilità delle prove farmacodinamiche! Basta pensare che l'azione simpaticotropa dell'adrenalina ritenuta fino a qualche anno fa come un assioma inoppugnabile è oggi, in base a ricerche sperimentali rigorose, soggetto di revisione e di riserve. Si è infatti osservato che in certe condizioni essa può determinare sul cuore una azione vagotropa, una bradicardia, che cessa col taglio di ambo i vaghi. Le esperienze di Hoskins e Lavalette, di Smirnow e Schiroky hanno dimostrato che, esaltando l'eccitabilità del vago con vari meccanismi, si ha costantemente questa azione paradossa: sono anche note le esperienze sull'azione vagotropa dell'adrenalina a seconda del contenuto del siero in calcio, magnesio o catalasi.

Le ricerche sperimentali del Klee, che, in base al taglio dei vaghi o degli splancnici aveva nei gatti dimostrato l'esistenza di un tono di ambedue i nervi normalmente in equilibrio tra di loro, non hanno trovato conferma nelle ricerche ulteriori. Gaskell stesso ci aveva insegnato che lo scopo dei nervi estrinseci è di esercitare un'influenza regolatrice in rapporto a determinati bisogni dell'organismo ma non di avere un'azione direttiva sulle funzioni digestive. Inoltre tutte le ricerche più recenti hanno dimostrato che le modificazioni gastriche consecutive al taglio o dei vaghi o degli splancnici possono essere messe in rapporto col trauma operativo e che dopo un tempo più o meno lungo l'apparecchio digerente anche isolato dai nervi è in condizioni di espletare normalmente le sue funzioni: se il taglio di ambedue i gruppi di fibre è meglio tollerato della semplice vagotomia, pure anche in questo caso dopo un certo tempo uno squilibrio funzionale non è più evidente e ad ogni modo anche in un primo tempo i disturbi sono più o meno evidenti a seconda del tipo animale in cui si praticano le esperienze (M' Crea, M' Swiney, Stopford).

Inoltre bisogna tenere in conto che l'interpretazione dei risultati ottenuti col taglio di un determinato gruppo di nervi estrinseci è soggetta a innumerevoli cause di errore; ancora maggiori cause di errore le presentano le esperienze sulla stimolazione. A differenza di quello che succede quando noi stimoliamo un nervo della vita di relazione, in cui abbiamo sempre la stessa risposta, se stimoliamo il vago o il simpatico abbiamo tale un insieme di stimolazioni o d'inibizioni che l'esperimento non può essere ripetuto due volte collo stesso risultato (Cannon, May, Kelling, Tomas ecc.). Con una minima differenza della frequenza o della forza dello stimolo si possono avere diversi risultati: inoltre bisogna tenere in considerazione lo stato della fibrocellula muscolare al momento dello stimolo: se essa è contratta uno stimolo sia di uno che dell'altro gruppo di fibre determina il rilasciamento e viceversa.

Spadolini ed altri hanno dimostrato che colla stimolazione del vago si possono avere puri effetti inibitori e il contrario colla stimolazione dello splancnico mettendoci anche al riparo da tutte le cause che in un modo o nell'altro possono influire sul risultato delle esperienze. Chase, Neumann e Gaskell sostengono perciò in base ad argomenti inoppugnabili che i vaghi e gli splancnici debbano considerarsi come nervi sinergici; essi consterebbero di fibre pre- e post-ganglionari dirette alle fibrocellule muscolari della parete gastro-intestinale, a quelle della parete vasale o alle glandole: conterrebbero anche fibre sensitive, che avrebbero lo scopo di comunicare al cervello il senso di fame o di sazietà o di trasmettere ad altre sezioni dell'apparecchio digerente o ai muscoli addominali stimoli atti a provocare riflessi per il tramite di un centro nervoso diversamente situato.

Ad avvalorare la indipendenza della funzione digestiva dal controllo continuo dei nervi estrinseci esistono ricerche anche sull'uomo: Zesas ha raccolto nella letteratura una ricca statistica d'individui in cui uno o ambedue i vaghi erano stati tagliati in seguito ad operazioni o traumi o distrutti da tumori maligni; in tali casi non si ebbero mai ad osservare disturbi digestivi. In molti casi di gastrectomia subtotale (in cui vengono tagliati ambedue i vaghi e un gran numero di fibre estrinseche che decorrono lungo la piccola curvatura) io non ho mai osservato nessuna differenza del comportamento della peristalsi e del tono gastro intestinale da quello che si verificava prima dell'operazione: bisogna però notare che il taglio dei nervi della piccola curvatura non implica sempre la sezione delle fibre vagali che vanno all'intestino a meno che non vengano tagliate le fibre che decorrono nella faccia posteriore dello stomaco. Borcher ha osservato che tagliando il vago nei gatti e pra-

ticando l'esame attraverso una finestra di celluloide lo spasmo che si determina in seguito a lesioni gastriche ha la stessa intensità che negli animali a vago integro.

Da un'analisi accurata della letteratura più recente risulta inoltre che non solo non esiste questo controllo continuo, un tono cioè della innervazione estrinseca ma che *l'influenza dei nervi estrinseci come fattore di regolazione avrebbe minore importanza nello stomaco e nell'intestino che non sul cuore* (Cannon, Alvarez).

La teoria dell'automatismo gastro-intestinale si va oggi facendo sempre più strada e oltre alle ricerche più antiche (Cannon, Rubaschoff, Pawlow, Katschbowsky, Koennecke), che hanno dimostrato che la funzione digestiva si compie normalmente anche isolando l'apparecchio digerente dai suoi nervi, esistono le recenti ricerche di Alvarez che ha osservato che tratti d'intestino isolati dal plesso di Auerbach purchè forniti di ossigeno continuano a presentare la tipica attività motrice. La discussione quindi ora verte più che sull'importanza dell'innervazione esogena sull'esistenza di un automatismo miogeno o neurogeno, questione che almeno per il momento ha interesse più per i fisiologi che per noi clinici. Noi dobbiamo oggi considerare l'apparecchio neuromuscolare come un tutto unico: infatti anche gli assertori convinti della teoria puramente miogena non possono negare l'importanza del plesso di Auerbach per la regolare successione degl'impulsi: la sua abolizione è stata paragonata a quello che avviene in un millepiedi tagliato nei suoi singoli segmenti, in cui si vede che questi continuano a funzionare non solo incoordinatamente ma spesso in conflitto tra di loro. Forse molti casi di ileo potrebbero dipendere da una inibizione di questa funzione nervosa. Bayliss e Starling pensano che l'azione del plesso di Auerbach sia quella di inibire contrazioni muscolari troppo attive e quindi di evitare gli spasmi; questo risulterebbe anche dalle esperienze di Magnus. Probabilmente un'altra funzione del plesso di Auerbach è quella di collegare la parete muscolare colla superficie mucosa (attraverso naturalmente il plesso di Meissner); e sebbene questa connessione tra mucosa e plesso di Auerbach non sia ammessa da tutti, esistono fatti abbastanza dimostrativi che ne parlano in favore.

Senza entrare nel valore della teoria miogena o neuromiogena che ha già una letteratura molto estesa per cui rimando ai lavori del Magnus e del Gunn non si può fare a meno di accennare qui ai fattori normali della peristalsi secondo gli studi più recenti sopratutto dell'Alvarez e scuola, anche perchè possono gettare molta luce su vari problemi di fisiopatologia gastro-intestinale e contribuire a nuovi indirizzi clinici e terapeutici.

Se noi stimoliamo un organo tubulare fornito di fibre muscolari liscie come l'intestino o l'uretere anche isolato dai nervi abbiamo come risposta una contrazione tonica anulare che si diffonde nelle due direzioni: si ha così un fenomeno analogo a quello che si verifica quando gettiamo una pietra in uno stagno: se poi gettiamo un'altra pietra vicino alla prima, molte delle onde primitivamente formate vengono neutralizzate; così se nell'organo cavo suddetto determiniamo un secondo stimolo, le onde che partono dal primo anello di contrazione vengono bloccate. Resta a spiegarci perchè l'onda contrattile ha la tendenza solo a portarsi in direzione discendente mentre è inibita la direzione retrograda in condizioni fisiologiche: per stare all'analogia suesposta noi possiamo immaginarci che si verifichi un fenomeno analogo di quando gettiamo un sasso non in uno stagno ma in un corso d'acqua a rapida corrente, in cui le onde provocate dal sasso tendono a trasportarsi solo in direzione della corrente.

Questa trasmissione della eccitazione solo dall'alto al basso la troviamo anche nel cuore e Gaskell ha dimostrato che ciò dipende dal fatto che l'onda contrattile del miocardio tende a trasportarsi da zone dove il ritmo di contrazione in segmenti isolati è più frequente a zone dove esso è più lento. L'Alvarez ha dimostrato lo stesso fatto nei vari segmenti del tubo digerente isolati e tenuti in soluzione salina: la frequenza della contrazione ritmica va decrescendo dal cardias alla valvola ileocecale. Il colon avrebbe invece un ritmo di contrazione lentissimo e tale che è difficile dimostrare una graduale diminuzione andando dal cieco al sigma, ragione per cui è facile il ristagno e con facilità si provocano onde antiperistaltiche.

L'importanza di questa diminuzione graduale della eccitabilità neuro-muscolare è tale che separando in un animale un tratto d'intestino e poi suturandolo in direzione inversa è impossibile la progressione normale dell'onda peristaltica e l'animale muore coi sintomi dell'occlusione intestinale.

Esistono numerose ricerche per spiegare la ragione di questa graduale diminuzione della eccitabilità andando dall'alto al basso e men-

tre il Gerlach e il Kuntz la metterebbero in rapporto con differenze strutturali del plesso di Auerbach nei vari segmenti e sopratutto con una graduale diminuzione delle cellule, Alvarez penserebbe piuttosto ad una causa chimica; probabilmente deve esistere un ciclo di formazione di alcune sostanze atte a determinare lo stimolo muscolare. L'attività dei processi metabolici sarebbe così la base dell'attività peristaltica. Taylor ha dimostrato che il calore aumenta la frequenza delle contrazioni ritmiche; infatti se si riscalda un pezzo di ileo che si contrae normalmente 10 volte al minuto si riesce ad avere un ritmo di 17 contrazioni, frequenza che si riscontra nel duodeno. Molti altri fattori devono intervenire in condizioni fisiologiche ad alterare il ritmo delle contrazioni peristaltiche, quali il grado di dispersione colloidale, la massa attiva degli enzimi, la permeabilità delle superfici limitanti, il contenuto in acqua degli elettroliti ecc.

Che il ricambio sia meno attivo andando dal duodeno al colon lo hanno dimostrato l'Alvarez e lo Starkweater che hanno osservato che pezzetti di muscolo intestinale di ugual peso producono quantità decrescenti di CO^2 andando dal duodeno all'ileo. Ewans ha dimostrato che anche il consumo di ossigeno va diminuendo andando dal duodeno al colon. Anche il contenuto in catalasi va diminuendo andando dalla porzione prossimale alla distale del tratto gastro-intestinale. Sono state riscontrate differenze anche nel contenuto di acido lattico, del calcio e dei cloruri.

È stato anche ricercato il potenziale elettrico nei vari segmenti e si è dimostrato che il segmento a ricambio più attivo è elettronegativo rispetto a quello a ricambio meno attivo, sicchè la contrazione va dal primo al secondo.

Anche tutti gli studi che si riferiscono al tono hanno dimostrato che il tono del muscolo intestinale in segmenti staccati va diminuendo andando dal piloro al colon; quindi il tono gastro-intestinale non può essere considerato come un tutto unico. Queste variazioni del tono sono d'importanza decisiva nel determinare la direzione dell'onda peristaltica giacchè essa tende a portarsi dalle zone dove esso è maggiore a quelle dove è minore e così si spiega l'esistenza di antiperistalsi nel cieco e nel colon ascendente che parte dallo sfintere di Cannon, dove vi è tendenza a una elevazione periodica del tono e dell'eccitabilità così frequente del resto nelle zone sfinteriche. Il Cannon è riuscito a invertire la direzione dell'onda peristaltica del tenue immergendone il polo caudale in una debole soluzione di cloruro di bario, che ha il potere di determinare un aumento del tono muscolare.

Da queste considerazioni e dalla mole degli studi di fisiologia che per amore di brevità ho solo accennato, risulta che la regolazione motrice è insita nella fibrocellula muscolare stessa ed in rapporto col suo ricambio; esistono anche basi anatomiche che l'indagine moderna ha messo in rilievo e che ha dimostrato che il comportamento dell'onda peristaltica nel tenue e le differenze tra il tenue e il colon sono basate anche su differenze strutturali caratterizzate da un diverso spessore della tonaca muscolare, da un diverso grado di vascolarizzazione della zona sfinterica e intersfinterica o dalla densità delle cellule nervose nel plesso di Auerbach.

Tutti i dati suesposti possono spiegarci molti fatti che si succedono nella digestione normale: in condizioni patologiche possono intervenire però fattori che modificano con vari meccanismi le proprietà fondamentali del complesso neuro-muscolare.

2) *Fattori che modificano il normale comportamento della peristalsi e del tono dei vari segmenti dell'apparecchio gastro-intestinale.*

Un aumento della attività peristaltica o una diminuzione può essere determinata da vari fattori che possono esercitare la loro azione su tutto il sistema o su determinate zone di esso. Non si può fare perciò a meno di poter pensare all'importanza dei

1) *Fattori endocrini.* Nell'ipertiroidismo noi sappiamo che il potere di ossidazione è aumentato su tutti i tessuti e con questo meccanismo possono spiegarsi le diarree o i disturbi della peristalsi osservati radiologicamente nei basedowiani o il fatto opposto che si verifica nell'insufficienza tiroidea. Però bisogna considerare che l'aumento delle ossidazioni è solo uno dei fattori di stimolo (1).

Alla pituitrina, in base alle recenti ricerche, non si può negare il potere di eccitare alcune zone, tra cui è sicuramente accertato quello sulle fibre muscolari delle vie biliari.

Il problema delle ripercussioni endocrine sulle funzioni digestive va però ripreso *ex novo* in base ad una documentazione sperimentale esente da critica e non in base a fantasie co-

(1) Se fosse l'unico fattore troveremmo nel Basedow costantemente una diarrea.

siddette cliniche: ho già accennato che l'azione simpaticotropa della adrenalina ha avuto in questi ultimi anni smentite molteplici, nonostante che fosse considerata dai più come un assioma. Bisogna anche tenere in considerazione la tecnica di preparazione degli estratti endocrini giacchè la fibrocellula muscolare o direttamente o indirettamente (iperemia attiva o da stasi) può essere sensibile a prodotti di scomposizione dell'albumina che anche in dosi infinitesimali (istamina, peptone) possono esplicare la loro azione.

Questo viene facilmente in mente quando si consideri il valore che possono avere le esperienze sull'azione degli estratti di cute sull'apparecchio digerente che hanno fatto pensare all'importanza di una secrezione interna cutanea che entrerebbe in giuoco nella genesi dei disturbi gastro-intestinali consecutivi all'irradiazione.

2) *Fattore nervoso.* L'automatismo del sistema gastro-intestinale non esclude la azione vigile multiforme circoscritta o generalizzata del sistema nervoso non solo vegetativo ma anche della vita di relazione e della vita psichica: la clinica lo dimostra ad ogni occasione. Le vie trasmettitrici degli stimoli sono i vaghi, i nervi pelvici da un lato, gli splancnici dall'altro. L'azione del sistema nervoso si può esplicare come azione globale o parziale o nel senso di un'eccitazione in un punto e di depressione in un altro; ciò è facile concepire in base a quanto abbiamo già accennato che la risposta a un determinato stimolo sia esso trasmesso per il tramite del sistema simpatico che parasimpatico è più in rapporto collo stato del segmento corrispondente che colla via di conduzione. Spadolini ha dimostrato sperimentalmente che l'eccitazione dei vaghi e degli splancnici spesso produce effetti ineguali in diverse parti dell'intestino. Così nei casi che l'eccitazione del vago determina vomito, si osserva uno spasmo pilorico associato a un rilasciamento del cardias, azione cioè antagonista sui due sfinteri.

In questo gruppo vanno compresi tutti i riflessi gastro-intestinali di cui cito solo il riflesso gastro-colico e colico-gastrico di Hurst, sebbene a questo proposito da alcuni sono state elevate obbiezioni sulla natura riflessa di questo fenomeno bastando, secondo l'Alvarez, fattori miogeni per determinarlo.

3) *Fattori tossici.* Questi possono essere di natura endogena o esogena. Accenno qui all'azione della nicotina, del bismuto, del piombo, dell'arsenico, della ipecapuana e derivati e sarebbe troppo lungo entrare qui sul meccanismo di azione delle varie sostanze alla luce delle recenti ricerche.

4) *Fattori vitaminici.* Quasi tutte le avitaminosi presentano modificazioni della funzione motrice ma il meccanismo intimo è conosciuto solo per alcuni casi. In questo gruppo rientrano le alterazioni del tono in rapporto al contenuto in ione Ca.

5) *Lesioni irritative.* È un fatto ben noto clinicamente e radiologicamente che traumi o ulcerazioni o processi patologici di varia natura non solo della tonaca muscolare ma anche della sierosa e della mucosa e degli organi vicini (appendice cistifellea, fegato pancreas ecc.) possono determinare modificazione della eccitabilità aumentando la vascolarizzazione indirettamente anche della parete muscolare e quindi aumento del tono e della peristalsi. Sono interessanti a questo proposito le osservazioni sulla stitichezza che si verifica in caso di affezioni dell'utero, della vescica e della prostata che all'esame sigmoscopico si dimostra sempre come determinata da intensi spasmi a carico del tratto terminale del colon: si avrebbe così una livellazione della differenza di eccitabilità tra la porzione distale e prossimale del colon già abitualmente così poco accentuata e che è la causa della lentezza relativa del ritmo di peristalsi del colon rispetto a quella del tenue e dello stomaco.

6) *La distensione del canale digestivo,* specialmente se brusca aumenta il potere di contrazione. Questo fatto portato dai sostenitori della teoria neurogena a sostegno dell'importanza del fattore delle cellule nervose, pur essendo stato dimostrato come non decisivo, in realtà interviene molto spesso nel determinismo di fenomeni fisiologici e patologici (ingestione di cibo, produzione di gas, azione di purganti). Questo fenomeno si collega colla questione se è possibile eccitare la contrazione della muscolatura gastro-intestinale (con o senza tramite del plesso di Auerbach) per stimoli sulla mucosa e quindi del plesso di Meissner. Indipendentemente da una distensione attiva pare dalle esperienze di Cannon che la composizione del cibo e forse la natura dei suoi prodotti di scomposizione siano in grado di stimolare la peristalsi: così Cannon ha trovato che nei gatti gl'idrati di carbonio passano attraverso l'intestino più rapidamente dei grassi e questi più delle proteine, mentre la quantità del cibo avrebbe poca influenza. Lenz avrebbe inoltre dimostrato che i derivati dell'antrachinone somministrati per clistere

non agiscono più come purganti anestetizzando la mucosa del retto. Collo stesso meccanismo si potrebbe spiegare l'aumento della peristalsi determinata da cibi avariati o da una infiammazione limitata alla mucosa; i sostenitori però dell'indipendenza funzionale tra mucosa e muscolare interpretano i fatti suesposti con un altro meccanismo.

7) Più importanti a me sembrano però sopratutto dal punto di vista clinico e terapeutico *le modificazioni del tono e della peristalsi* che induce la stasi venosa. Su di esse ho richiamato in particolar modo l'attenzione con ricerche cliniche, sigmoscopiche e radiologiche.

3) *La velocità di circolazione portale e i suoi rapporti col tono e colla motilità gastro-intestinale.*

Sono partito anzitutto dallo studio radiologico dello stomaco e intestino di pazienti affetti da colica epatica, esaminando dodici individui durante crisi dolorose protratte e seguendoli per un periodo che andava da qualche giorno a qualche settimana.

Le mie ricerche sono continuate fino allo stadio di pieno benessere. Mi è stata anche utile la revisione postuma dei dati radiologici e clinici di pazienti da me esaminati molto tempo prima nel sospetto di ulcera gastrica o duodenale o di appendicite cronica con reperto negativo per una lesione organica, in cui l'indagine clinica ulteriore con crisi episodiche tipiche di colecistite mi aveva dimostrato che la pregressa sintomatologia doveva mettersi in rapporto con una colecistite latente. Naturalmente per il problema che c'interessa vanno eliminati i casi in cui la sintomatologia gastro-intestinale possa essere messa in rapporto con alterazioni anatomiche grossolane dipendenti da aderenze tra la cistifellea e la regione piloro-duodenale o dell'angolo colico destro caratterizzati dalle deformazioni radiologiche delle regioni corrispondenti ma sopratutto dall'indipendenza della sintomatologia gastro-intestinale dalla crisi episodica. Io ho preso particolarmente in esame quei casi in cui la sintomatologia gastro-intestinale fa parte del quadro episodico doloroso e scompare con esso.

Manca nella letteratura uno studio sistematico sul tipo di quello da me praticato e si hanno osservazioni solo durante l'attacco in cui tutti gli autori hanno osservato una tendenza allo spasmo totale gastrico con aspetto filiforme del tenue e aumento delle incisure haustrali del colon. (Ludin, Holzknecht, Smidt, Westphal, Milani). All'infuori dell'attacco doloroso si parla in genere dai vari autori vagamente di tendenza agli spasmi sia del cardias, che del piloro e anche della regione mesogastrica. È stata anche osservata l'ipercinesi gastrica caratterizzata da onde profonde, rapide e ben visibili su tutto lo stomaco; in molti casi si ha arresto completo della peristalsi con diminuzione del tono.

Senza entrare nell'analisi dettagliata dei casi da me esaminati a me basta qui riassumere i risultati delle mie osservazioni che nelle linee generali concordano tra di loro e spiegano la variabilità del reperto radiologico osservato dai vari autori. Se esaminiamo il paziente subito dopo la crisi per un periodo che varia da uno a più giorni, quando ancora persistono dolori notevoli e il fegato si presenta ancora aumentato di volume e fortemente dolente alla palpazione, si osserva allo scermo radiologico una tendenza al gastrospasmo totale o parziale con arresto più o meno completo della peristalsi; per lo più in un secondo tempo dell'atto digestivo si osserva una peristalsi irregolare; un eccitamento disordinato dello stomaco con onde a volta superficiali a volta profonde che si succedono senza un ritmo apparente: in altri casi si ha un semplice aumento della profondità e della frequenza delle onde mentre il giuoco pilorico è parzialmente o totalmente abolito, talchè si può avere in alcuni casi una insufficienza pilorica e il vuotamento dello stomaco si compie in un quarto d'ora o mezz'ora al massimo.

Questa eccitazione motrice talora è evidente anche nel terzo inferiore dell'esofago che spesso presenta stati spastici più o meno permanenti che per lo più ostacolano il passaggio del bolo opaco nello stomaco: per lo più questo stato spastico è vinto in virtù di un'attiva peristalsi della muscolatura volontaria del terzo superiore che culmina nell'eruttazione.

La traversata del tenue è rapidissima, meno in un caso in cui ho riscontrato che dopo otto ore nessuna porzione del pasto aveva raggiunto il cieco; però per lo più dopo due o tre ore al massimo il pasto opaco ha raggiunto l'angolo splenico del colon: le haustra del trasverso sono per lo più poco evidenti, sicchè manca il suo aspetto segmentario. La traversata del colon distale invece è variabile e mentre in alcuni casi è rapidissima, tanto che si verifica diarrea, in altri casi è normale.

Quello che colpisce in questo periodo è l'intenso meteorismo specialmente evidente nel

tenue, che spesso contribuisce alla deformazione gastrica dovuta però principalmente al gastrospasmo.

Se noi osserviamo lo stesso paziente in una seconda fase dopo l'attacco, quando il volume del fegato è diminuito e il dolore alla palpazione scomparso mentre persistono disturbi gastrici a tipo variabile, il reperto radiologico cambia completamente: raro è a vedersi un arresto transitorio del bolo opaco a livello del cardias; il tono e la peristalsi gastrica sono normali o diminuiti e si provocano onde peristaltiche solo dopo energiche manovre palpatorie; il piloro presenta un giuoco normale nella prima fase della digestione ma poi prevale uno spasmo che si va accentuando nel corso dell'atto digestivo ed è tale che impedisce il normale vuotamento dello stomaco entro le sei ore dall'ingestione del pasto opaco. La traversata del tenue è costantemente ritardata ed esiste un ristagno più o meno rilevante a carico delle ultime anse dell'ileo e in un caso, in cui in un esame precedente si era notato un vuotamento rapidissimo, in un secondo esame si riscontrò un ristagno ileale di oltre dodici ore: il meteorismo anche in questa fase è molto accentuato. La traversata colica è per lo più molto lenta e si ha una accentuazione non solo delle haustra del trasverso ma una formazione molto spiccata delle incisure abitualmente descritte come sfinteri.

Esaminando ancora lo stesso paziente quando sono scomparsi completamente i sintomi clinici si osserva un reperto normale a carico dello stomaco e del tenue se si eccettua spesso un lieve grado di meteorismo incostante: a carico del colon rimane invece molto accentuata la tendenza alla segmentazione con manifestazione clinica di stipsi.

Quindi riassumendo possiamo distinguere nel corso postaccessuale della colica epatica successivamente un periodo di spasmi totali con insufficienza più o meno accentuata degli sfinteri; segue poi una fase caratterizzata da una esagerazione del tono sfinterico con comportamento normale o quasi del resto del tratto gastro-intestinale; una terza fase è caratterizzata da un comportamento normale all'infuori di un lieve aumento del tono sfinterico specialmente a carico del colon. Questa variabilità di comportamento nelle fasi successive (più spiccata specialmente in quei casi in cui la sindrome dolorosa si accompagnava ad aumento di volume del fegato transitorio) più che metterla in rapporto con un riflesso nervoso variabile di momento in momento mi attraeva molto l'idea che dipendesse dal lieve grado di ostacolo al circolo portale legato all'aumento di volume dell'organo e che questo così potesse rappresentare un fattore importante della regolazione del tono e della motilità gastro-intestinale.

È evidente infatti che l'aumento di volume del fegato che quasi costantemente si accompagna alle crisi di colica epatica (sia esso determinato dalla stasi biliare o dalla propagazione del processo infiammatorio al fegato o dallo spasmo vascolare diffuso di natura anafilattica o a seconda dei vari casi da altri fattori) comporta un certo grado di ostacolo al circolo portale che non può non farsi risentire sul metabolismo del muscolo liscio dello stomaco e dell'intestino, tanto più che, arrivando per lo più l'attacco all'improvviso, non si sono potuti stabilire quei compensi vascolari che vediamo così evidenti nella cirrosi epatica e che pur nondimeno non sono sufficienti ad evitare disturbi dispeptici dello stesso tipo che troviamo nella storia di ogni cirrotico.

Che la stimolazione dei filetti nervosi epatici non potesse essere incriminata a determinare in via riflessa la sintomatologia radiologica descritta, lo dimostrano anche i risultati di alcune mie osservazioni radiologiche che mi hanno fatto rilevare l'indifferenza che presenta il tono e la motilità gastro-intestinale anche in seguito alle manovre palpatorie piuttosto brutali subito dopo le crisi dolorose epatiche.

Però le mie deduzioni potrebbero essere considerate arbitrarie se ulteriori ricerche di controllo non mi avessero sempre più convinto della importanza del grado della tensione venosa sul tono e sulla peristalsi gastro-intestinale. Ho praticato a tal uopo ricerche radiologiche di controllo sul comportamento del tubo gastro-intestinale nei cardiaci in fase di scompenso in esami radiologici successivi praticati fino alla fase di compenso. Tanto più giustificate erano le mie ricerche in quanto la clinica fin da lungo tempo aveva richiamato l'attenzione sulla frequenza con cui i disturbi gastro-intestinali si accompagnano alle cardiopatie specialmente in fase di scompenso. Io ho scelto specialmente i casi di scompensi recenti in cui la possibilità di un catarro cronico da stasi non potesse essere invocato per spiegare la sintomatologia in questione. Io ho potuto osservare che specialmente in quei casi in cui lo scompenso insorge acutamente si ha una sintomatologia radiologica e clinica identificabile con quella della colica epatica; ma so-

pratutto è più evidente la modificazione del tono e della motilità gastro-intestinale man mano che dal periodo iposistolico si passa al periodo eusistolico. Anche qui ad una fase di spasmi globali con insufficienza sfinterica segue una fase in cui l'aumento del tono sfinterico domina la scena. Nelle mie osservazioni mi sono tenuto al riparo delle cause di errore evitando la somministrazione di qualunque cardiocinetico che potesse influire sui risultati dell'esame.

A conferma dell'importanza del grado di stasi venosa sul tono e sulla motilità gastro-intestinale posso anche qui citare le mie ricerche sigmoscopiche sul comportamento del tono del segmento terminale del colon in tutti i casi in cui esista un ostacolo più o meno acuto al circolo refluo venoso emorroidale: in tali casi al sigmoscopio si osservano per lo più spasmi più o meno diffusi talora di un grado talmente intenso che non cedono mai anche alle applicazioni di anestetici locali atti a rendere insensibile la mucosa rettale; quasi mai si riesce in tali casi a sorpassare l'ampolla.

Tutte le considerazioni suesposte ci autorizzano a prendere in considerazione nella genesi dei disturbi gastro-intestinali nei processi epatici o estraepatici del fattore: stasi venosa.

La difficoltà del vuotamento portale quando è di minimo grado si manifesta solo sugli sfinteri anatomici o funzionali del colon determinando uno stato di stitichezza spastica: segue poi nei gradi più accentuati un ristagno a livello della valvola ileo-cecale o dello sfintere pilorico: si ha in questo stato clinicamente un notevole grado di meteorismo associato o no ad aerofagia. Quando la stasi è ancora più notevole si determina uno stato d'insufficienza sfinterica che si manifesta clinicamente o con hungerpain se il disturbo è più accentuato a livello dello sfintere pilorico o con diarree se l'insufficienza sfinterica è più accentuata a livello della valvola ileo-cecale o del colon. Le mie osservazioni clinico-radiologiche hanno anche una base sperimentale, giacchè, dalle esperienze di Child negli animali inferiori, risulta che, limitando la quantità di ossigeno con vari mezzi, ma sopratutto quando si ha un lieve accumulo di CO^2, si ha dapprima un aumento di eccitabilità del tessuto muscolare a cui segue una paralisi. In genere si verifica questo fatto: lieve limitazione dell'ossigeno determina stimolazione delle parti più eccitabili e lascia indifferenti le parti meno eccitabili; più forte limitazione determina paralisi delle più eccitabili e eccitazione delle meno eccitabili. Quando poi si consideri che dalle esperienze dell'Alvarez in segmenti separati del tubo digerente risulta che la muscolatura degli sfinteri è molto più eccitabile della zona intersfinterica e che basta uno stimolo inefficace per il resto della muscolatura per determinare una forte contrazione degli sfinteri e che accanto agli sfinteri propriamente detti esistono altre zone, specialmente lungo il colon, e nella zona mesogastrica, che funzionalmente si comportano come sfinteri, non sembreranno paradossali i vari aspetti funzionali che subisce l'apparecchio digerente a seconda del grado di ostacolo alla circolazione venosa.

NOTE E CONTRIBUTI

Istituto di Clinica Dermosifilopatica della R. Univ. di Pisa
Direttore: Prof. C. Lombardo.

Di un nuovo antiluetico derivato dall'acido fenilarsinico.

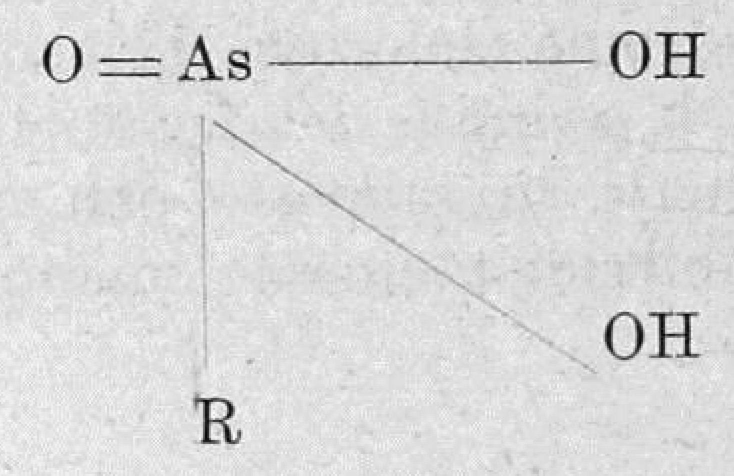
Dott. Aldo Marcozzi, aiuto.

La molteplicità di medicamenti antisifilitici deve considerarsi vantaggiosa per la pratica inquantochè ci pone in grado di ovviare agli inconvenienti di una terapia unilaterale.

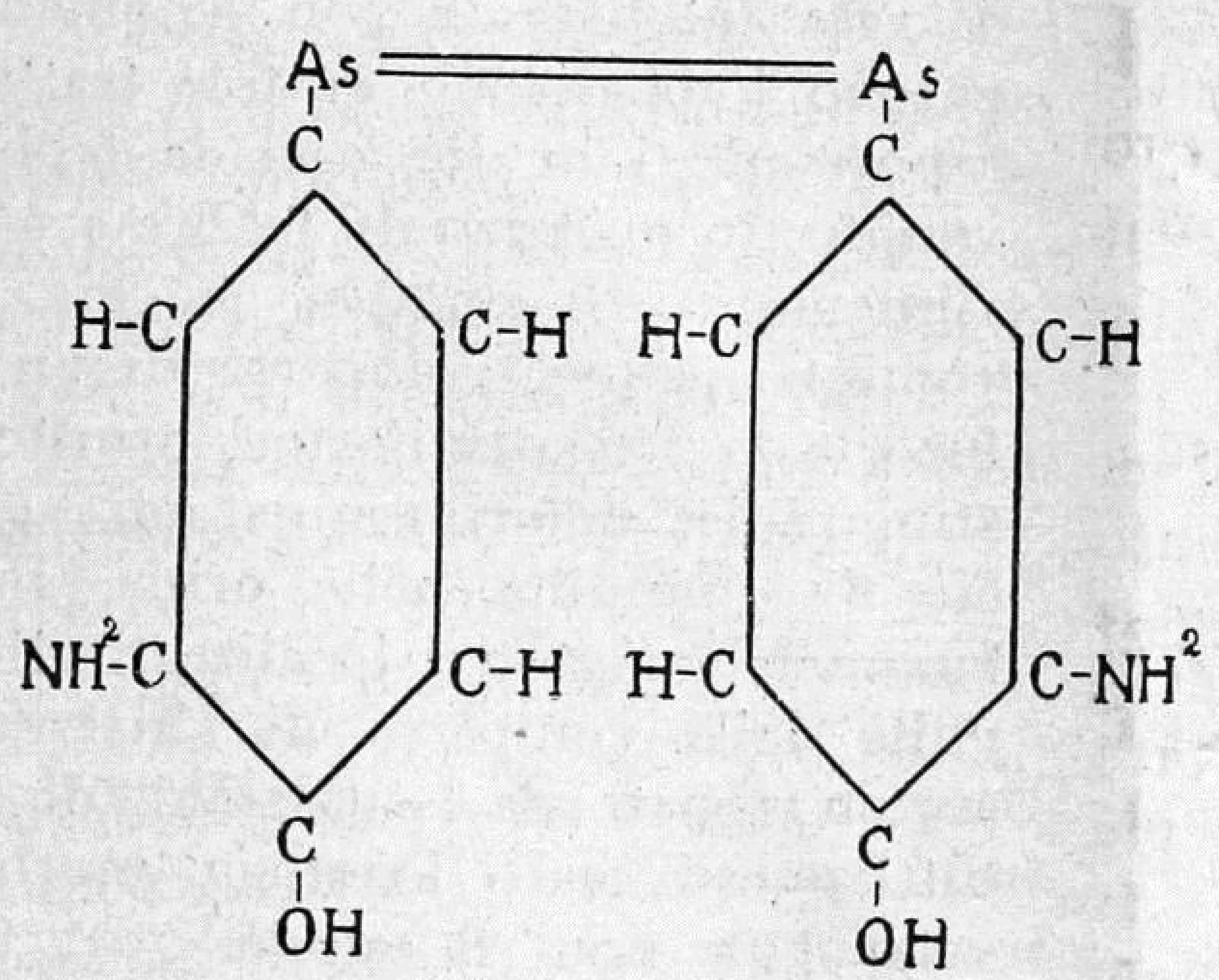
Tra gli antiluetici consigliati in questi ultimi tempi, meritano particolare interessamento quelli appartenenti al gruppo degli arsenicali pentavalenti.

Le ricerche sperimentali vennero orientate verso i derivati dell'acido fenilarsinico e dimostrarono: che le funzioni amminica e fenolica hanno una parte interessante sull'azione treponemicida degli arsenobenzoli, che la funzione amminica ha potere disintossicante quando è situata in para e meta, ed in queste posizioni non attenua l'azione parassiticida, che molti acidi fenilarsinici ossiaminici isomeri si rivelano suscettibili di essere direttamente utilizzati per la medicazione spirillicida.

La costituzione chimica dei derivati fenilarsinici differisce essenzialmente da quella degli arsenobenzoli; mentre il radicale del 606 e di tutti gli arsenobenzoli ad As. trivalente è il gruppo R-As=As-R (arsogruppo), il radicale degli arsenicali ad As. pentavalente è:



La differenza di valenza dell'arsenico in queste due classi di composti risulta chiara dall'esame delle formule seguenti:



"606"

R, essendo qui il radicale monovalente $C^6 H^5$, radicale fenile sostituito all'ossidrile OH.

Dobbiamo agli studi di Ehrlich i primi preparati appartenenti alla serie fenilarsinica; essi sono:

l'Atoxil: sale monosodico dell'acido para-ammino-fenilarsinico;

l'Arsacetina: derivato acetico dell'acido para-ammino-fenilarsinico;

l'Hectina: ammino-benzen-sulfonico dell'atoxil.

Successivamente l'Istituto Rockefeller preparò la Triparsamide: derivato acetilico dell'atoxil.

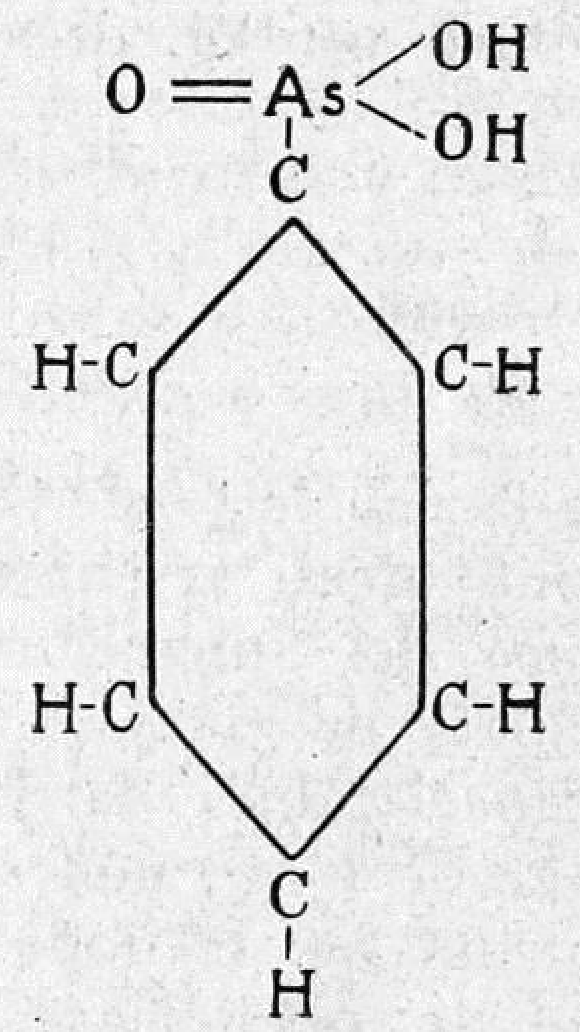
Fourneau ed i suoi collaboratori richiamarono nuovamente l'attenzione sui derivati dell'acido fenilarsinico, dimostrando la possibilità di utilizzare in terapia l'acido ossiammino-fenilarsinico, ed i suoi derivati: acetilico, Stovarsolo e formilico, Treparsolo.

Combinando l'acido acetilamino-ossifenilarsinico con una base organica, la dietilamina, venne preparato un prodotto iniettabile: l'« Acètylarsan ».

Gaujoux e Aubry, dopo una serie di ricerche sui sali dell'acido 3 acetilammino - 4 - ossifenilarsinico, ed avendo constatato che la tolleranza dell'arsenico era utilmente modificata rendendo solubile questo acido per mezzo di una base organica complessa non tossica, prepararono un sale di dietilammino-etanolo: 3 acetilammino - 4 - ossifenilarsinato di dietilammino-etanolo, corpo chimicamente definito, cristallizzabile, ottenuto allo stato puro.

L'Arsaminol, è appunto una soluzione sterilizzata, alla concentrazione di 26,13 % (che contiene gr. 0,05 di As per cc.) di 3 acetilammino - 4 - ossifenilarsinato di dietilammino-etanolo.

Riassumendo, lo Stovarsolo, l'Acètylarsan e l'Arsaminol appartengono alla stessa famiglia, differendo tra loro per certi caratteri chimici,



"Acido fenilarsinico"

che conferiscono a ciascuno proprietà terapeutiche differenti.

Lo Stovarsolo è l'acido 3 acetilammino 4 ossifenilarsinico; è insolubile nell'acqua, non può essere somministrato che per via orale.

L'Acètylarsan è l'acido combinato alla dietilammina, base organica che si ottiene per sostituzione di 2 H di ammoniaca col radicale monovalente etile $C^2 H^5$. È solubile nell'acqua e può essere iniettato.

L'Arsaminol è l'acido 3 acetilammino 4 ossifenilarsinico combinato al dietilammino-etanolo, base derivata dall'alcool etilico o etanolo per sostituzione di un idrogeno ad un resto di dietilammina N - $(C^2 H^5)$ *2* CH^2 - CH^2 - OH, nel quale il gruppo ammino-alcool, pur conservando all'arsenico la sua attività terapeutica particolare, ne favorisce la tolleranza da parte dell'organismo e rende l'iniezione sottocutanea o intramuscolare perfettamente indolore anche a forti dosi.

La sua solubilità permette l'iniezione in poco volume di dosi dimostrate sterilizzanti.

La purezza del sale, è condizione essenziale, inquantochè l'esperimento dimostra che gli acidi ammino-ossifenilarsinici isomeri hanno tossicità ed indici chemioterapici molto differenti. Così, l'acido 3 ammino 4 ossifenilarsinico ed il suo isomero 2-4 sono curativi per la sifilide solo a dose altamente tossica, mentre l'acido 3 ammino 4 ossifenilarsinico viene utilizzato con successo ad una dose 5 volte più piccola della dose minima tossica.

La tossicità del preparato è stata studiata sperimentalmente da Gaujoux e Stodel sul coniglio, la cavia ed il topo, prendendo come termine di confronto l'equivalente in arsenico del 606, del 914 e del Sulfo-Trèparsenan.

Considerando che la dose tossica mortale in

una sola volta è quella che conduce a morte in meno di 15 giorni, gli AA. hanno fissato la dose mortale per iniezioni sottocutanee, espressa in arsenico per kg. di animale:

606	gr.	0,05-0,06
914	»	0,05-0,06
Sulfo-Trèparsenan	»	0,18-0,20
Arsaminol	»	0,30-0,40

Da ciò risulta la debole tossicità di quest'ultimo, in confronto degli arsenicali trivalenti.

L'eliminazione del medicamento venne egualmente studiata da Gaujoux e Stodel; la eliminazione urinaria dura da 12 a 48 ore: dopo un'iniezione di 3 cc., non si ritrova più arsenico nelle urine 48 ore dopo.

Ciò permette di ravvicinare le iniezioni senza timore di incorrere in fenomeni di accumulo.

AZIONE TERAPEUTICA.

Gaujoux e Bourret che in poco più di due anni trattarono circa 500 casi di sifilide, praticando complessivamente più di 20.000 iniezioni intramuscolari, portano le seguenti conclusioni, frutto della loro esperienza:

1) L'Arsaminol adoperato a dosi normali di 3 cc., 2 o 3 volte la settimana, influenza in maniera sicura e rapida le manifestazioni cutaneo-mucose ed ossee della sifilide nei suoi diversi periodi.

La guarigione delle lesioni si verifica nei seguenti spazi di tempo:

Sifiloma: riepitelizzazione dalla 2ª alla 4ª iniezione, cioè dal 7° al 14° giorno;

Manifestazioni secondarie mucose: guarigione dalla 2ª alla 5ª iniezione, cioè dal 7° al 18° giorno;

Manifestazioni secondarie cutanee: svaniscono dalla 4ª all'8ª iniezione, cioè dal 13° al 22° giorno;

Manifestazioni terziarie: guarigione dalla 4ª alla 12ª iniezione, cioè dal 13° al 35° giorno.

2) Usato a forti dosi, ma non capaci di provocare fatti tossici (5 cc. due volte la settimana), sembra influenzare favorevolmente la sifilide nervosa e viscerale in evoluzione avanzata.

Dal punto di vista sierologico, gli AA., per la mancanza di osservazioni riguardanti la sifilide preserologica ed antica, si limitano a riferire i resultati ottenuti negli altri casi di sifilide, seguìti serologicamente, che per quanto insufficienti (15) per un giudizio sicuro, confermerebbero il valore terapeutico del preparato.

Riguardo alla tolleranza, venne saggiata dagli AA. citati, anche su individui non luetici, in tutto su 800 soggetti. Su 20.000 iniezioni, ebbero campo di riscontrare solo 5 volte casi di vera intolleranza con fenomeni che obbligarono l'abbandono di tale trattamento, fatti rappresentati in due casi da febbre, cefalea e vomito, in un terzo da febbre a 40° C., vomito alimentare ed emottisi leggere, nel quarto, vomito ripetuto, comparsa di un eritema diffuso, tipo scarlattiniforme, prurito intenso inestinguibile, dolori reumatoidi agli arti, traccie di albumina nelle orine, infine nel 5°, fenomeni congestivi localizzati alle gambe, seguìti dalla comparsa di chiazze eritematose, accompagnati da sensazioni di puntura. In tutti questi casi i fenomeni morbosi si ripetevano dopo ogni iniezione.

Dagli AA. venne pure osservato in un caso, dieci ore dopo la prima iniezione, una forte reazione generale con cefalea, brivido e temperatura a 38°. Tali fatti che scomparvero l'indomani non si ripeterono dopo le successive iniezioni.

In un altro malato con sifiloderma roseolico, dopo la prima iniezione osservarono una reazione di Herxheimer.

SUL MODO DI CONDURRE LA CURA.

L'Arsaminol viene preparato in fiale da 3 e 5 cc. sotto forma di soluzione stabile, incolore, limpida, alla concentrazione del 26,13 %, titolata a gr. 0,05 di As. metalloidico per cc., ogni fiala contiene perciò rispettivamente gr. 0,15, 0,25 di As.

La soluzione può essere direttamente iniettata sotto cute e per via intramuscolare, che Gaujoux e Bourret preferirono. Questi AA. consigliano di iniziare il trattamento con una serie di iniezioni a deboli dosi per saggiare la sensibilità individuale e danno i seguenti schemi di cura:

Soggetti al disopra di 50 Kg.: 4 iniezioni di 3 cc. ogni due giorni.

Soggetti al disotto di 50 Kg.: 1ª iniezione di 1,5 cc., 2ª, 3ª, 4ª iniezione di 3 cc. ogni due giorni.

Se l'ammalato ha tollerato bene le quattro prime iniezioni, somministrare:

Soggetti di constatata resistenza al disopra di 50 Kg.: 5 cc., una iniezione due volte la settimana.

Soggetti poco resistenti al disotto di 50 Kg.: 3 cc., una iniezione ogni due giorni.

Gli AA. citati diedero la preferenza alle dosi frazionate ripetute di 3 cc. ogni due giorni effettuando un numero complessivo di 12-16 iniezioni per serie.

Nei casi da me trattati, mi sono attenuto in linea generale agli schemi di cura su riferiti.

In soggetti particolarmente robusti limitavo alla prima iniezione la dose iniziale di 3 cc., praticando successivamente iniezioni di 5 cc., ogni 3° giorno, fino ad un massimo di 16 per ogni serie. Nei bambini non superai la dose di 3 cc., iniziando la serie con 1 cc., aumentando di 1/2 cc. per ogni volta. In un bambino di 2 anni non superai la dose di 2 cc. per ovvie ragioni, per quanto questa fosse perfettamente tollerata.

Risultati clinici.

Complessivamente ho avuto modo di praticare circa 1000 iniezioni di Arsaminol, trattando 60 luetici, di cui 35 con sifiloma iniziale, 10 con sifilide secondaria in atto, 10 con sifilide secondaria latente, 8 con sifilide terziaria, 1 con sifilide cerebrale, 1 con tabe dorsale.

Trattai inoltre con tale preparato numerosi individui sicuramente non luetici, affetti da dermatosi diverse, allo scopo di chiarire il meccanismo della reazione generale consecutiva alle prime iniezioni del medicamento.

I risultati ottenuti nella sifilide primaria e secondaria in atto sono stati quanto mai confortanti, sì da paragonarli a quelli che si ottengono con l'uso degli arsenobenzoli.

Infatti nei sifilomi iniziali la riepitelizzazione si otteneva dalla seconda alla quarta iniezione, vale a dire entro 4-12 giorni dall'inizio del trattamento.

La riepitelizzazione dei sifilomi a tipo erosivo-lenticolare di solito si verificava alla seconda iniezione.

Le lesioni cutaneo-mucose della sifilide secondaria riepitelizzavano per lo più alla terza, quarta iniezione, talvolta subito dopo la seconda iniezione.

L'adenopatia satellite accennava subito a regredire dopo le prime iniezioni.

Per i risultati ottenuti posso dire che l'Arsaminol esplica un'azione terapeutica netta e sicuramente favorevole sulle manifestazioni primarie e secondarie dell'infezione luetica.

Sugli altri casi di sifilide da me trattati non ritengo utile riferire per il numero limitato di osservazioni, per quanto i risultati terapeutici ottenuti siano stati buoni.

Ho avuto campo di seguire la curva del peso corporeo in molti individui così curati, ed ho osservato in tutti un sensibile aumento del peso, e migliorare le condizioni di sanguificazione, specie in quei soggetti il cui stato di nutrizione era in particolare modo scaduto.

Risultati serologici.

Tutti i casi vennero seguìti serologicamente: in 25 individui con sifiloma in atto, il trattamento venne iniziato con Wassermann negativa, mentre per tutti era stata constatata la presenza del treponema pallidum sulle lesioni. In questi casi la reazione di Wassermann ripetuta nel corso della prima serie di iniezioni e avanti di iniziare ogni nuova serie, si è sempre mantenuta negativa.

Nei rimanenti 5 casi di sifilide primaria e nei casi di sifilide secondaria in atto, tutti con Wassermann fortemente o parzialmente positiva, la reazione divenne nettamente negativa sul finire della seconda serie di iniezioni.

Per ciò che concerne gli altri casi di sifilide, non ritengo, per l'esiguo numero di osservazioni, dover riferire in modo particolare.

Per quanto i risultati serologici riferiti vengano a confermare il valore terapeutico dell'Arsaminol, sarebbe ancora intempestivo esprimere un giudizio definitivo in merito, per l'insufficiente numero di documentazioni.

Tolleranza del medicamento.

La tolleranza locale del medicamento si è sempre dimostrata ottima, sia che le iniezioni venissero praticate per via intramuscolare che sottocutanea, che riservai ai bambini. Dal punto di vista pratico è ovvia l'importanza della perfetta tolleranza locale, per via sottocutanea nei bambini, nei quali la via intramuscolare è spesso controindicata.

La tolleranza generale da parte dell'organismo umano venne saggiata anche su individui adulti sicuramente non luetici, affetti da dermatosi diverse, nei quali era indicata la terapia arsenicale, e sui bambini dai 2 ai 12 anni.

Solo in un caso fui obbligato a sospendere il trattamento per gravi fenomeni sopravvenuti.

Si trattava di una donna di 32 anni con sifiloderma lichenoide in atto che pur avendo perfettamente tollerato le prime iniezioni (tre) di 3 cmc., ciascuna, praticate ad intervalli di 3 giorni l'una dall'altra, alla quarta iniezione, sempre della stessa dose, presentò fatti d'intolleranza, consistenti in febbre preceduta da brivido, sopravvenuta circa 4 ore dopo l'iniezione, che raggiunse i 39,7° C, nove ore dopo. Al mattino seguente comparsa di un eritema diffuso a quasi tutto l'ambito cutaneo, che lentamente venne a risolversi nei giorni successivi. La temperatura si mantenne sopra i 39.5° C, per quattro giorni consecutivi, cadde in quinta giornata al di sotto di 37,5° e tale si mantenne per parecchi giorni, finchè in quindicesima giornata si ebbe apiressia.

Il caso descritto non è di facile interpretazione. Si trattò forse d'intossicazione arsenicale o non piuttosto di fenomeni d'ipersensibilità, come ne sono stati descritti di recente da Nathan e Munk a proposito del Myosalvarsan?

Negli altri casi e precisamente nel 60 %, notai, di solito, dopo la prima iniezione, più raramente dopo la seconda, terza ed anche quarta e quinta iniezione, fenomeni di reazione generale, che quasi sempre presentarono gli stessi caratteri, consistenti in cefalea più o meno intensa, e rialzo termico preceduto da brivido. La temperatura superò i 39° C., nel 20 % dei casi, solo di rado raggiunse i 40° C., e, talvolta, fu accompagnata da stato di malessere, anoressia, dolori reumatoidi, ed eccezionalmente da singhiozzo, vomito e diarrea.

Tali fatti però non rappresentarono mai caratteri di particolare gravità, da destare preoccupazione, e, salvo rarissime eccezioni, si ebbe ritorno alla norma entro le 24 ore successive.

Come interpretare l'intimo meccanismo dei fenomeni reattivi su riferiti? Possono essi considerarsi paragonabili ai movimenti febbrili passeggeri che fanno seguito alle iniezioni di arsenobenzoli o di altri medicamenti antiluetici, reazione che di solito si verifica dopo la prima iniezione?

Jeanselme e Jacquet considerarono il rialzo termico susseguente alla prima iniezione di salvarsan, come una febbre specifica. Oltre a ciò osservarono che tale reazione febbrile si verificava anche dopo l'iniezione endovenosa di altri medicamenti, quali l'Ènesol ed il cianuro di mercurio. Infine rilevarono ancora che dopo una marcata reazione, ottenuta in seguito all'iniezione di uno qualsiasi dei medicamenti antiluetici, nessun altro, iniettato successivamente, ha il potere di determinare la febbre. In questi casi la prima sostanza iniettata è la sola provocatrice della reazione febbrile, per il fatto, dice Jeanselme, che essa determina una distruzione in massa di treponemi. Se però il primo medicamento ha modificato poco le lesioni specifiche, una seconda iniezione dello stesso medicamento o di qualsiasi altro antiluetico, può determinare un nuovo rialzo termico. È inoltre necessario, perchè la reazione si verifichi, che la prima iniezione sia praticata a dose massiva, altrimenti, in seguito all'introduzione di dosi minime e ripetute la distruzione dei treponemi viene ad essere frazionata o troppo scarsa per dare la febbre.

Io posso confermare tale fatto, nei riguardi dell'Arsaminol: dopo una netta reazione generale che di solito si verificava alla prima iniezione, le successive venivano perfettamente tollerate. D'altra parte mi fu possibile evitare la reazione febbrile tutte le volte che in principio di cura iniettai minime dosi subentranti.

Tali fenomeni generali potrebbero forse, nei casi di sifilide in atto, essere paragonati ai movimenti febbrili passeggeri che fanno seguito alle iniezioni di arsenobenzoli o di altri medicamenti antiluetici, che Jeanselme ha interpretato come determinati dalla distruzione in massa dei treponemi. Ma poichè tali fatti reattivi si sono verificati con l'Arsaminol anche in sifilitici in periodo di latenza ed in individui sicuramente non luetici, come pure non si manifestarono costantemente nella sifilide in atto, l'interpretazione del citato A. non può essere chiamata sola in causa, ma soddisfa di più il pensare, che un certo grado di azione tossica legata alla costituzione stessa del preparato arsenicale pentavalente, possa essere resa palese con una reazione clinicamente apprezzabile, o da una ipersensibilità individuale, naturale od acquisita verso il medicamento, o dal sommarsi dell'azione tossica propria del preparato con quella dovuta all'entrata in circolo delle endotossine dei treponemi distrutti in grande quantità dal medicamento stesso.

Conclusioni.

1) L'Arsaminol, iniettato per via sottocutanea od intramuscolare, alla dose terapeutica di gr. 0,15-0,25, è perfettamente tollerata dai tessuti umani, non avendo mai dato luogo a fatti di reazione locale.

2) In generale, è ben tollerato dall'organismo umano. I fenomeni reattivi (cefalea, febbre), che di solito osservai alla prima iniezione, raramente alle successive, nella quasi totalità dei casi vennero a risoluzione spontanea entro le 24 ore, senza mai assumere caratteri di particolare gravità.

3) Per la terapia antiluetica si è dimostrato un medicamento di attività sicura e rapida: la sua azione sulle manifestazioni primarie e secondarie della sifilide, può essere paragonata a quella degli arsenobenzoli.

Dal punto di vista serologico va messo in particolare rilievo il fatto della persistente negatività della reazione di Wassermann nella sifilide preserologica.

4) Per la pratica, devè considerarsi un prezioso sussidio sia per le spiccate proprietà terapeutiche dimostrate, sia per la facilità dell'uso, e la buona tolleranza generale, sia infine per l'ottima tolleranza locale anche per via sottocutanea, che permette di adoperarlo nei bambini.

L'argomento trattato in questo lavoro è stato oggetto di comunicazione alla 4ª riunione della Sezione Tosco-Umbra della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia, tenuta il 2 novembre 1928, in Firenze.

BIBLIOGRAFIA.

Gaujoux et Aubry. *Thérapeutique antisyphilitique.* Le praticien dispose aujourd'hui d'une préparation arsénicale de toxicité réduite, injectable par voie intramuscolaire à doses massives, et effectivemente tréponémicide. Paris Médical, 24 dicembre 1927.

Gaujoux et Stodel. *Action de l'acetylaminooxyphénylarsinate de diétylaminoéthanol sur le nagana et la fièvre récurrente de la souris.* Soc. de Biologie, 17 dicembre 1927.

Gaujoux et Stodel. *Toxicité comparée des divers arsénobenzènes.* Soc. de Biologie, 17 dicembre 1917.

Gaujoux et Bourret. *Premiers documents cliniques et sèrologiques établissant l'action sur la syphilis humaine de l'acétylamino-oxyphénylarsinate de diéthylominoéthanol (Arsaminol).* Sud. Médical et Chirurgical, 15 gennaio 1928.

Nathan und Munk. *Ueber exsperimentelle Sensibilisierungs und Allergieerscheinungen der Haut gegenüber Myosalvarsan.* Klin. Wochenschrift, 1928, n. 24, pag. 1125.

Jeanselme. *Sur la fièvre consécutive à une première injection de Salvarsan.* Bull. Soc. Franç. de Derm. et de Syph. Seduta del dicembre 1912.

Jeanselme et Jacquet. *Sur la signification de la fièvre consécutive à une première injection de Salvarsan.* Soc. Méd. des Hôp. de Paris, seduta del 17 gennaio 1913; Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 23 gennaio 1913, pagine 133-134.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale Civile di Bolzano

Sezione Ostetrico-Ginecologica e Maternità

Sopra un caso di tubercolosi florida genito-peritoneale (1)

per il primario dott. G. Bidoli.

Accade sovente di incontrare notevoli difficoltà nel porre la diagnosi di tubercolosi genitale, e ciò perchè, pur valendoci di tutti i comuni mezzi diagnostici, spesso è impossibile precisare la natura tubercolare di una affezione annessiale che viceversa è facilmente rilevata all'esame diretto. E parecchi casi rimangono senza dubbio per sempre misconosciuti perchè, in mancanza di preziosi segni indicatori, l'etiologia tubercolare è trascurata e si è più facilmente portati a pensare all'origine gonococcica.

Riporto un caso illustrativo in proposito di cui riferisco senz'altro la storia clinica.

È un'infermiera di 27 anni. Il padre è morto in tarda età di malattia di cuore. Madre e fratelli viventi e sani.

Nata da parto a termine eutocico, ebbe allattamento materno e normali i primi atti fisiologici. Non ha mai sofferto di alcuna malattia degna di nota. Mestruò all'età di 16 anni e d'allora in poi le mestruazioni furono sempre regolari per qualità, quantità ed intercorrenza.

Sposatasi a 23 anni con un uomo robusto e sano, partorì felicemente, dopo un anno, un bambino attualmente in buona e florida salute.

Sei mesi or sono sollevando dal letto un'inferma, cui prestava la sua opera d'assistenza, fu improvvisamente, in pieno benessere, colta da dolori violenti all'addome specie in corrispondenza dei quadranti inferiori, senso fastidioso di nausea seguito da vomito insistente. Tali fenomeni, accompagnati anche da febbre che raggiunse un massimo di 39°, dopo due giorni diminuirono di intensità e ne residuò un dolore diffuso all'addome a carattere gravativo irradiantisi posteriormente alla regione lombo dorsale; rare volte vomito, specie a digiuno, e lievi rialzi di temperatura: 37°-37,5.

Successivamente ricoverò in ospedale e fu sottoposta anche a ripetute indagini radiologiche che pare abbiano dato esito negativo. Ai primi dello scorso aprile viene inviata a noi per un esame ginecologico e constatata una retroflessione fissa dell'utero viene accolta in divisione.

È un soggetto di regolare costituzione scheletrica con masse muscolari poco sviluppate e scarso pannicolo adiposo; colorito della faccia ro-

(1) Comunicazione fatta alla Seduta scientifica dell'Ospedale Civile di Venezia il 26 marzo 1928.

seo, mucose visibili pallide, polso regolare, ritmico, non febbre. Non si palpano ghiandole.

Negativo l'esame dell'apparecchio respiratorio e cardio-vascolare.

L'addome è molle, trattabile. All'esame ginecologico si rileva: genitali esterni sani, il corpo dell'utero è aumentato di volume e retroversoflesso. Non gode di mobilità alcuna e non si riesce a sollevarlo. Gli annessi si palpano indistintamente ed appaiono ispessiti specie a sinistra.

Posta la diagnosi di retroflessione fissa dell'utero ed ovaro salpingite di probabile origine gonococcica, si decide l'intervento.

Aperto il ventre si trova un reperto inatteso. Il peritoneo parietale e viscerale è tutto tempestato di tubercoli grigi. Non esiste raccolta liquida. Gli organi del piccolo bacino sono totalmente nascosti e sepolti da aderenze intestinali ed omentali. Con pazienza si riesce a liberare annessi ed utero. Le tube sono ispessite, l'ovaio destro è cistico.

Si procede all'ovarosalpingoisterectomia subtotale.

Emostasi perfetta, sutura sieroserosa accurata, chiusura del ventre a strati senza drenaggio. Decorso post-operatorio normale.

In decima giornata la paziente si alza; condizioni generali discrete. In tredicesima giornata accusa dolorabilità diffusa all'addome e un lieve rialzo di temperatura che continua anche nei giorni successivi. In ventesima giornata di propria volontà abbandona l'Ospedale.

Si tratta di una tubercolosi del peritoneo con ovarosalpingite tubercolare.

Ma tale concetto diagnostico non eravamo autorizzati a formulare. L'anamnesi come è stata esposta non ci permetteva neppure il sospetto. L'inizio e il decorso nelle forme tubercolari è squisitamente cronico, mancando per lo più lo stadio acuto col suo ingresso tempestoso ed allarmante. Nella nostra paziente le sofferenze sono iniziate improvvisamente e tumultuosamente e ciò in relazione al fatto che lo sforzo esercitato ha determinato una retroflessione acuta dell'utero con spostamento degli organi vicini e torsione dei legamenti larghi.

Nei rapporti che intercedono fra tubercolosi genitale e tubercolosi peritoneale molto si è discusso sopratutto per sapere se la prima si sviluppi per continuità e diretta propagazione dalla seconda o viceversa, questa dalla prima.

L'origine di una tubercolosi genitale da una peritonite tubercolare generalizzata non solo è possibile, ma è comunemente ammessa; e ciò perchè il materiale tubercolare viene assorbito per la corrente creata dalle fimbrie tubariche, con successiva produzione dei tubercoli disseminati alla radice delle pieghe o in qualsiasi punto della mucosa.

DALLA PRATICA CORRENTE

Temperatura del gas usato per lo pneumotorace artificiale.

Dott. LUIGI VERCELLI.

Ho sott'occhio lavori e trattati molto importanti sullo pneumotorace e in nessuno ho trovato una parola sulla temperatura più conveniente del gas che noi introduciamo tra i foglietti pleurici. Si discute se sia meglio in certi casi l'ossigeno invece dell'azoto e di questo invece dell'aria filtrata per non irritare la pleura oltre che per il minore pericolo nelle eventuali embolie, ma non si parla mai della termometria del gas usato.

Ovunque si fanno insufflazioni nelle pleure e anche in altri visceri si usano indifferentemente gas alla temperatura ambiente, cioè da 15° a 30° e più gradi, secondo la stagione.

La temperatura del gas usato non è stata mai presa in considerazione. A me pare invece che la temperatura del gas nello pneumotorace debba essere considerata perchè non credo sia assolutamente indifferente iniettare un gas freddo nella cavità pleurica. Se l'esposizione al freddo improvviso di una parte qualsiasi del corpo, scoperta o normalmente coperta dagli indumenti ma abituata al contatto dell'aria, può produrre raffreddori, bronchiti, polmoniti, reumatismi, enteriti e spesso pleuriti non sarà probabilmente innocuo introdurre fra i due foglietti pleurici, delicatissimi e sensibilissimi come sono tutte le membrane sierose, del gas in quantità notevole a una temperatura di circa 20° inferiore a quella della pleura.

Non ritengo possa escludersi che almeno una parte dei versamenti pleurici sia da attribuire a tale squilibrio di temperatura prodotto in una pleura già offesa per la presenza di un elemento che non è mai stato in contatto con essa e quindi le riesce irritante.

Da ogni medico si consiglia di respirare massime d'inverno col naso per evitare che l'aria entri troppo fredda nei bronchi provocando flogosi più o meno gravi nell'albero respiratorio. Ma i bronchi sono abituati all'aria della temperatura esterna e sono costituiti anatomicamente, istologicamente e fisiologicamente per ricevere l'aria ambiente. Come mai tale riguardo non vogliamo usare alla pleura la cui costituzione e funzione la dovrebbero sempre tenere al riparo non solo da qualunque squilibrio termico ma dall'aria stessa?

Se madre natura avesse dato il compito alle cavità pleuriche di ricevere dell'aria esterna le avrebbe probabilmente provviste di meandri mucosi di passaggio in cui l'aria potesse depurarsi e scaldarsi.

Introducendo gas alla temperatura del corpo si ha anche il piccolo vantaggio di sapere il volume preciso introdotto poichè non tenendo conto della temperatura del gas, temperatura da noi sempre inferiore a quella del corpo, non calcoliamo mai con precisione di quanto si dilati il gas introdotto.

Comunque si voglia considerare l'importanza della temperatura del gas per lo pneumotorace artificiale, non potrà negarsi che la temperatura migliore sia quella fisiologica dell'organismo.

I metodi per riscaldare il gas sono a scelta del medico. Si può tenere in un termostato a permanente temperatura di 40-50 (secondo la lunghezza della gomma port'aghi) tutto l'apparecchio Forlanini classico già carico per l'uso con gomme ed escluso solo l'ago.

Un metodo più semplice è di innestare lungo il tubo di gomma che porta l'ago una cannula di vetro o di metallo fermandola con un dispositivo qualsiasi sopra la fiamma di una lampadina a spirito. La cannula si riscalda al calore rosso e l'aria che vi passa oltre che riscaldarsi viene anche sterilizzata ulteriormente, cosa questa che pure non è trascurabile. Usando un tubo di gomma di lunghezza e diametro determinato tra la cannula riscaldata e l'ago si riesce ad avere un gas che fuoriesce dall'ago a 36°-38°. Si potrebbe anche innestare lungo la gomma port'ago un tubetto con una resistenza elettrica ecc. ecc.

L'essenziale è che penetri nel cavo pleurico del gas a temperatura prossima a quella fisiologica dell'uomo.

Da circa sei mesi in numerose introduzioni intrapleuriche pneumotoraciche effettuate con aria filtrata riscaldata ho l'impressione che le reazioni della pleura accadano meno che usando gas alla temperatura dell'ambiente.

* * *

Nota alla correzione. — Rilevo dal fascicolo I di *Tubercolosi* del c. a. che il metodo di iniettare gas caldo nello pneumotorace fu già proposto dal Rabino in *Minerva Medica* del 24-3-1928 e dal Severini al Congresso della tubercolosi tenutosi nel maggio 1925. Quindi non avanzo pretese di priorità, per quanto l'idea mi sia venuta spontaneamente.

Novara, 11 febbraio 1929.

COMMENTI.

A proposito della cura dell'anchilostomiasi col tetracloruro di carbonio.

Dott. GIUSEPPE SORGE,
assistente nella R. Clinica Medica di Catania.

La recente nota del dott. Timpano (*Policlinico*, Sez. pratica, 1929, n. 10, p. 341) offre il destro di riferire brevemente sopra un caso di anchilostomiasi da noi osservato. La circostanza che si tratta di un caso isolato, perchè fra il nostro abituale materiale questa parassitosi non suole essere rappresentata, ci induceva a custodirlo inedito quale frutto di esperienza della nostra Clinica. Aggiunto però ai casi del Timpano esso acquista maggiore rilievo, in quanto si riferisce ad un ammalato nel quale il tetracloruro di carbonio riuscì prontamente efficace, mentre altri trattamenti antielmintici (timolo, cloroformio) precedentemente saggiati erano rimasti senza effetto.

Si trattava di un robusto rurale di 48 anni, da Belpasso (Catania), emigrato da tre anni in Australia. Nella sua nuova sede egli trovò lavoro continuativo in una piantagione di canna da zucchero, in una regione dove l'anchilostomiasi era endemica, tanto che la Fondazione Rockefeller vi aveva installato una delle sue benemerite propaggini, che lottava contro la parassitosi per mezzo di centri di accertamento e di commissioni dispensariali ambulanti.

Ivi il nostro paziente soffrì di malaria a parecchie riprese. Nell'aprile del 1927 fu per circa un mese costretto al letto da una bronchite acuta secca. Successivamente cominciò ad avvertire lieve dolore e senso di peso all'epigastrio, anoressia, nausea. Qualche mese dopo, pallore, astenia, vertigini, ronzio alle orecchie. Questi disturbi andarono man mano accentuandosi, tanto da indurlo al rimpatrio. Non si rivolse agli Ambulatori della Rockefeller.

Venuto a Catania, il 4 gennaio 1928 fu ricoverato nella nostra Clinica. *L'esame diretto* era povero di rilievi: lieve denutrizione, pallore intenso della cute e delle mucose visibili, soffi anemici, dolenzia diffusa all'epigastrio alla palpazione profonda, tumore cronico di milza. *L'esame del sangue* offriva le note di una marcata anemia ipercromica con fenomeni rigenerativi e cospicua eosinofilia (Hb. 60 %; eritrociti 1.900.000; leucociti 10.500: polin. n. 38; eos. 36!; monoc. 7; linfoc. 19. Anisocitosi a tipo megalocitico; numerosi normoblasti orto- e policromatici). *L'esame delle feci*, infine, collegava ed integrava tutti i reperti, rivelando la presenza di numerose uova di anchilostoma duodenale.

L'11 gennaio gli furono somministrati 6 gr. di timolo, preceduti e seguiti da purgante. Il 16 il reperto coproscopico era invariato; il 18, 3 gr. di cloroformio; dal 25 al 27 12 gr. di timolo (4 gr. pro die); il 2 ed il 6 febbraio ancora 3 gr.

di cloroformio. Il 9 febbraio, mentre ci apprestavamo a somministrare l'estratto di felce maschio, l'a. volle essere dimesso per affari urgenti: le condizioni generali erano presso che invariate, nelle feci erano sempre numerose le uova del parassita, la crasi ematica era solo lievissimamente migliorata (eritrociti 2.300.000, eosinofili 25 %).

Circostanze personali lo impegnarono per circa 6 mesi, trascorsi i quali tornò a noi con gli stessi disturbi e con gli stessi reperti coprologico ed ematologico. Gli furono somministrate 6 capsule da 0,60 gr. di Seretina: nella giornata ebbe 5 scariche spontanee semiliquide, e 2 altre nella giornata successiva. In queste feci le uova di anchilostoma erano numerosissime: non furono trovati elminti. Fu tenuto a dieta ordinaria e non notò alcun disturbo. Da allora, nelle feci non furono più trovate uova. Una settimana dopo gli fu somministrata una seconda dose di Seretina, uguale alla prima, a scopo di sicurezza: anche questa volta non fu lamentato alcun disturbo.

Stette in Clinica ancora una quindicina di giorni, durante i quali, con l'aiuto di una cura di fegato, il reperto ematologico e le condizioni generali migliorarono rapidamente (Hb. 80 %, eritrociti 3.800.000, eosinofili 8 %). Dimesso, fu occasionalmente rivisto in gennaio u. s.: non aveva avuto più alcun disturbo, la crasi ematica era tornata ai valori normali (eritrociti 4.700.000, eosinofili 0,5 %) l'esame delle feci era negativo.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DIGERENTI.

Errori e difficoltà diagnostiche nelle emorragie del tratto gastrointestinale.

(J. PETERMANN. *Deut. m. Woch.*, 7 sett. 1928).

Non è raro che si presentino al chirurgo dei pazienti con gravi emorragie del tratto gastrointestinale. Se l'origine di queste è sicuramente conosciuta, come nel caso della presenza di tumori palpabili o riconoscibili radiologicamente, non vi è alcun dubbio sulla necessità di intervenire. Più difficile è la decisione dell'intervento quando si tratta di emorragie da ulcere gastriche o duodenali, per le quali si consiglia ora da parecchi un intervento attivo. In questi casi non si possono dare regole generali; consigliano certamente l'intervento le emorragie continuate, il rapido decadere del malato, la probabile origine arteriosa del sangue. Altre volte la decisione è ben più difficile, tanto più che può accadere che, all'atto operativo, non si riscontri affatto l'origine dell'emorragia; in tal caso è del tutto sconsigliabile la gastro-enterostomia e, per non danneggiare ulteriormente il paziente, si richiuderà senz'altro l'addome.

Può essere in causa talora la *cirrosi epatica*. L'A. ne cita due casi: nell'uno si trattava di un uomo di 56 anni, che da 4 anni soffriva di stomaco ed aveva fatto parecchie cure contro l'ulcera; da 2 mesi aveva abbondanti ematemesi, per cui si era fatta diagnosi di ulcera o carcinoma ed era stato deciso l'intervento; nella notte l'ammalato muore ed, all'autopsia, si trova la cirrosi epatica. Un altro paziente, trattato per ulceroso da 2 anni, aveva abbondanti ematemesi e melena; deciso l'intervento chirurgico, all'atto operativo non si trova nulla di abnorme, salvo anemia dello stomaco e duodeno e presenza di ghiandole molli ed iperplasiche alla grande curvatura. L'ammalato peggiora e muore 2 mesi dopo; all'autopsia, anche in esso, cirrosi epatica.

Altre volte si tratta di *malattie del sangue*. Una donna di 35 anni soffre da un anno di dolori vaghi ed accessi, talora di veri crampi, alla regione gastrica, con irradiazione a destra. Si pensa a colelitiasi o ad ulcera; la comparsa di imponente ematemesi fa decidere per l'intervento, ma un'altra ematemesi conduce a morte la malata. All'autopsia nessuna ulcera gastro-duodenale, ma leucemia mieloide con le caratteristiche lesioni del midollo osseo.

In un altro caso un uomo di 43 anni soffriva da tempo di dolori ad accessi nella parte superiore dell'addome, per i quali era anche stato operato di colecistectomia, senza che si fossero trovati calcoli. I dolori erano andati aumentando, era sopravvenuta melena, si era riscontrata iperacidità e l'esame radiologico faceva supporre la presenza di ulcera duodenale. All'operazione, periduodenite, qualche petecchia della mucosa duodenale, ma niente ulcera. Due ore dopo l'operazione il malato muore ed all'autopsia si trova anemia perniciosa.

In questo caso i fenomeni dispeptici appartenevano al quadro dell'anemia perniciosa, mentre la violenza dei dolori e la loro localizzazione non deponevano certamente per tale malattia e tanto meno l'iperacidità, che, anzi, si trova più spesso la subanacloridria. Forse dolori ed iperacidità avevano la stessa causa nell'abnorme eccitabilità del sistema nervoso vegetativo. Così pure non rientravano nel quadro le emorragie dello stomaco, in assenza di emorragie in altri organi.

Anche l'oscuro campo delle *porpore* può offrire delle incertezze al riguardo. Un uomo di 45 anni, che soffriva da tempo di dolori a tipo di ulcera duodenale e di melena, viene operato, ma non si trova nulla di patologico nè allo stomaco nè al duodeno. Si ebbe poi per due volte emorragia dalla ferita operatoria, per cui il malato si rimise lentamente. Una più accurata ricerca anamnestica fece conoscere che il paziente aveva sofferto di tendenza ad ematomi, ad emorragie gengivali, mentre la ricerca fatta sul sangue dimostrò, oltre a scarsa emoglobina (60 per cento), la diminuzione delle piastrine (40.000), l'allungamento del tempo di sanguinamento e la mancata retrattilità del coagulo, facendo così fare la diagnosi di trombopenia essenziale. In seguito ad irradiazione della milza, si ebbe guarigione (piastrine a 300.000).

Questi casi indicano la possibilità di errori diagnostici in questo campo e dimostrano la necessità di procedere sempre all'esame completo dei malati, non trascurando le ricerche sul sangue, anche se il quadro clinico fa propendere per una probabile ulcera gastroduodenale.

Filippini.

Considerazioni terapeutiche sulle emorragie gastro-duodenali di origine ulcerosa.

(Delore e De Girardier. *Rev. de Chir.*, t. 31, n. 6, 1928).

Gli AA. trattano solo di quelle emorragie che per la loro abbondanza o per la loro durata costituiscono una vera complicanza della malattia ulcerosa ed espongono le direttive che devono guidare la condotta in rapporto al trattamento medico e a quello chirurgico.

Le condizioni anatomo-patologiche che stanno a base dell'emorragia sono varie: a) *emorragie a nappo* della mucosa gastrica sotto l'influenza di un'iperemia infiammatoria dovuta a una gastrite ulcerosa; b) *rottura ulcerativa di un'arteriola* in corrispondenza di una piccola ulcerazione mucosa; c) *rottura di un'arteria di calibro importante* che resta beante alla superficie dell'ulcera. Si comprende allora che l'emostasi spontanea se è possibile in alcuni casi non lo è in altri nei quali diversi fattori impediscono la formazione del coagulo o ne compromettono l'organizzazione definitiva. L'ulcerazione di un grosso tronco arterioso non è così rara come si crede. Gli AA., in breve tempo, hanno osservato tre casi, controllati all'autopsia, di ulcerazione dell'arteria gastro-duodenale con emorragia rapidamente mortale. Due casi erano stati sottoposti ad intervento, (legatura della coronaria stomacica, della gastro-epiploica destra, dell'arcata vascolare della gr. curvatura), e in ambedue le constatazioni necroscopiche (ulcera della parete post. del duodeno con lesione dell'art. gastro-duodenale) dimostrarono l'inefficacia dell'intervento adottato, essendo state le legature praticate a valle del punto d'origine dell'emorragia.

L'evoluzione di questi due casi è paragonabile quindi a quella dei casi non trattati chirurgicamente e dato il loro esito letale risulta evidente che solo un trattamento chirurgico adeguato avrebbe potuto salvarli. Questi casi gravi convincono facilmente della necessità dell'intervento chirurgico. Tutta la questione si riduce a poter diagnosticare in precedenza i casi gravi: il che non è facile. La gravità immediata apparente di un'emorragia è in rapporto all'abbondanza e allo stato di anemia acuta; ma questi elementi non sono sufficienti per poter prevedere l'evoluzione ulteriore perchè anche un'emorragia abbondante, con grave anemia secondaria, una volta fermata, se non si ripete, lascia al malato la possibilità di riparare l'anemia e guarire. L'A. richiama l'attenzione sul fattore « *ripetizione* » dell'emorragia che è quello che ne costituisce la gravità reale, e che solo l'evoluzione ulteriore può svelare. Nessun segno clinico immediato permette di prevedere quale sarà questa evoluzione. La frequente dissociazione fra la gravità clinica apparente di un'emorragia e la sua evoluzione reale spiegano le differenti opinioni sulle direttive terapeutiche. È un fatto accertato che un certo numero di emorragie gastriche anche abbondanti possono essere arrestate col trattamento medico: riposo assoluto con dieta rigorosa, somministrazione di pezzettini di ghiaccio, grandi lavaggi caldi, iniezioni di siero, i diversi emostatici, la trasfusione di sangue. Questa deve essere adoperata precocemente in tutti i casi di una certa gravità. Ora, se in certi casi il trattamento medico realizza indiscutibilmente l'arresto definitivo dell'emorragia, in certi altri invece si tratta di un arresto momentaneo e le emorragie si ripetono ad intervalli più o meno vicini fino all'esito letale. Questi casi, che non sono rari, non depongono certo in favore del trattamento medico.

Praticamente però il trattamento chirurgico delle emorragie gastro-duodenali d'origine ulcerosa non ha ottenuto il favore che sembra meriterebbe. Due obbiezioni infatti stanno contro il trattamento chirurgico: la sua gravità e la frequenza degli insuccessi. La gravità dell'intervento è innegabile trattandosi di ammalati in condizioni precarie per l'anemia acuta e talora anche per lo stato d'intossicazione, dovuto al riassorbimento del sangue, dopo ripetute emorragie; ma è proprio la mancata valutazione di questi due fattori che fa diventare grave l'atto operativo poichè è estremamente dannoso operare i malati immediatamente nello stato di choc emorragico, o troppo tardivamente dopo molteplici emorragie. Per questo lato è questione dunque di opportunità operatoria. Per quanto riguarda l'insuccesso operatorio, o l'intervento non ha permesso di trovare il punto di partenza dell'emorragia (ulcerazioni minime, gastrite emorragica diffusa), o il processo operatorio è stato inadeguato. Quest'ultima, secondo l'A., è la causa più frequente dell'insuccesso operatorio e cita ad es. i due casi personali suddetti. Il trattamento chirurgico non ha dunque in contrario argomenti forti, a condizione che sia bene inquadrato nelle sue indicazioni ed esigenze, e così inteso dovrebbe avere una più larga applicazione di quella abituale. È un errore opporre sistematicamente nel problema terapeutico il trattamento medico e quello chirurgico i quali invece possono essere associati. Così il trattamento medico dovrebbe essere in tutti i casi l'atto preliminare indispensabile per porre il malato nelle migliori condizioni per un intervento precoce.

L'indicazione dell'intervento varia secondo che il malato è visto in occasione della sua prima emorragia o nel corso di emorragie a

ripetizione. Nel primo caso, qualunque sia l'abbondanza dell'emorragia, l'intervento immediato non è indicato per la sua gravità durante lo stato di choc emorragico. In questi casi il trattamento medico può arrestare definitivamente l'emorragia o quanto meno produrre un miglioramento del quale si profitterà per intervenire. Se questo miglioramento non si produce, l'intervento rappresenta la sola speranza di salvare il malato. Il trattamento chirurgico dunque deve essere precoce ma non immediato e quello medico non deve essere esageratamente prolungato. Nel secondo caso invece (emorragie a ripetizione) il trattamento chirurgico immediato s'impone. Qualunque sia l'abbondanza dell'emorragia, il semplice fatto che essa si ripete è un'indicazione sufficiente per intervenire.

I processi operatori si possono distinguere in due grandi categorie: *metodi diretti*, che mirano a praticare l'emostasi direttamente sul focolaio dell'emorragia, e *metodi indiretti* che realizzano l'emostasi a distanza dal focolaio. In pratica si ricorre più volentieri ai metodi indiretti per la rapidità e la facilità di tecnica. Fra questi, le operazioni di derivazione (gastroenterostomia, digiunostomia) non hanno un gran valore eccettuati i casi di ulcera stenosante piloro-duodenale nei quali l'emorragia è dovuta all'intensa iperemia infiammatoria creata dalla stasi gastrica. Il trattamento diretto sarebbe l'ideale ma si tratta di operazioni difficili e gravi e solo la qualità della lesione riscontrata e lo stato di resistenza del malato possono autorizzare a tali interventi. Negli altri casi il trattamento indiretto con legature a distanza è indicato. Gli AA. dividono i casi in due categorie: quelli in cui l'ulcera è manifesta all'esplorazione operatoria e quelli in cui non si trova l'ulcera visibile o palpabile. Per i primi se si tratta di un'ulcera della piccola curvatura, recente, libera, mobile, l'escissione della zona ulcerosa è perfettamente indicata; nei casi di ulcera cronica, aderente, la termocauterizzazione seguita da un doppio piano di sutura siero-sierosa può sostituire l'escissione. Nelle ulcere della regione pilorica e del duodeno il trattamento radicale con una gastro-pilorectomia è più difficile e più grave specie nei casi di ulcere croniche aderenti e in quasi tutti i casi di ulcera duodenale. Bisogna vagliare bene lo stato generale e in ogni caso far precedere l'intervento da un trattamento medico ben condotto e possibilmente dalla trasfusione. In pratica tuttavia, nella maggior parte di questi casi si ricorre al *metodo delle legature a distanza*. L'efficacia di questo metodo è indubbia a condizione che le legature siano poste in vicinanza del focolaio ulceroso e su tutti i vasi che irrorano la zona che è sede dell'emorragia. Quindi per l'ulcera gastrica le legature devono esser poste sui due archi vascolari, superiore e inferiore, dello stomaco a monte e a valle dell'ulcera. Per l'ulcera duodenale bisogna legare l'arteria gastro-duodenale perchè è quella che sanguina: qualunque altra legatura sarà inefficace. Nei casi in cui all'esplorazione operatoria non si trova alcuna ulcera visibile o palpabile si dovrà ricorrere alla gastrotomia o alla duodenotomia esplorativa, secondo l'indirizzo clinico, la quale spesso rivelerà la sede dell'emorragia e permetterà l'emostasi diretta. La termocauterizzazione mucosa non è raccomandabile perchè espone a nuove emorragie consecutive alla caduta dell'escara.

Se anche a stomaco aperto non si riconosce la sede dell'emorragia potrebbe essere indicata la gastroenterostomia, la quale però è sempre di dubbia efficacia.

Gli AA. riportano 4 casi personali di emorragie gastro-duodenali gravi, di origine ulcerosa, nei quali hanno praticato il trattamento chirurgico diretto. Tre guarigioni definitive e un morto.

Oss. I. — Emorragia da ulcera della picc. curvatura: gastrectomia e anastomosi antecolica anteriore: guarigione.

Oss. II. — Ulcera duodenale a 2 cm. dal piloro: gastro-pilorectomia, Polya: guarigione.

Oss. III. — Ulcera callosa del duodeno perforata e coperta: gastro-duodenectomia, Billroth II con anastomosi posteriore. La sezione duodenale passa attraverso l'ulcera; chiusura del duodeno difficile. In 10ª giornata deiscenza della sutura duodenale e morte. Gli AA. pensano che in tal caso sarebbe stato più conveniente ricorrere alla legatura dell'arteria gastro-duodenale.

Oss. IV. — Ulcera della picc. curvatura perforata e coperta: gastro-pilorectomia e Billroth II: guarigione.

G. PACETTO.

OSSA E ARTICOLAZIONI.

La deformità di Sprengel.

(HEIDECKER. *Bruns Beitr. z. Klin. Chir.*, vol. 144, P. 2, 1928).

È un'affezione congenita che consiste nel sollevamento della spalla da uno o da tutti e due i lati. La prima volta fu osservata da Eulemburg nel 1862 che la riguardò come una malattia acquisita e poi ancora descritta da MacBurney, Sands ed altri. Sprengel nel 1891 diede per il primo una spiegazione etiologica ammettendo una mancanza di liquido amniotico fin dalla vita intrauterina. La deformità è caratterizzata da una serie di sintomi tipici di cui il più importante è quello che dà il nome alla malattia di un sollevamento di una spalla rispetto all'altra nel caso semplice e di un accorciamento o mancanza del collo nel caso di deformità doppia. Si ha inoltre una torsione della scapola sull'asse sagittale con un notevole avvicinamento dell'angolo inferiore alla colonna vertebrale ed una posizione orizzontale del margine laterale superiore ed un'accentuazione della curvatura concava.

Il margine superiore si solleva nella fossa sopraclavicolare fino a sembrare una esostosi. Si può osservare ancora ipoplasia della scapola o un difetto del trapezio o di altri muscoli o qualche esostosi della colonna oppure scoliosi della colonna dorsale o cervicale.

L'A. riporta 6 casi osservati nel reparto chirurgico dell'ospedale di Breslavia diretto da Simon di cui 5 da un solo lato ed uno doppio.

Le ragioni etiologiche di questa deformità si possono riportare o a cause meccaniche o a cause biologiche. Fra le prime vi è la teoria che riporta l'affezione ad un difetto del liquido amniotico ammessa da Sprengel, Hoffa, Bolta.

Kausch, Kayser ed altri ammettevano un difetto muscolare congenito. Bloch l'attribuisce ad una poliomielite intrauterina o ad una lues congenita. Kirmisson crede che la malformazione si verifichi per una mancata discesa della scapola nel secondo mese dello sviluppo embrionale. A queste teorie si deve aggiungere quella moderna delle costituzioni per cui le malformazioni congenite sono riguardate da un punto di vista bio-genetico. Si avrebbe come causa un componente endogeno, un'alterazione già preesistente nel plasma germinale per cui si spiega l'ereditarietà di certe malformazioni.

Per quanto nella deformità di Sprengel non esistano molte osservazioni familiari pure si può ammettere che la causa si debba ritrovare in un difetto primitivo germinale. Secondo Bauer si devono distinguere le malformazioni in: ataviche (vertebre cervicali, polimastia, formazione caudale ecc.); di sviluppo (gola di lupo, spina bifida, ectopia vescicale, ritenzione dei testicoli); abnorme differenziazione qualitativa dei tessuti (torcicollo, induratio penis); abnorme differenziazione quantitativa con difetto od eccedenza (difetti ossei, polidattilia). La deformità di Sprengel apparterrebbe al gruppo delle malformazioni di sviluppo. Se si considera la malattia come non a sè ma facente parte di un gruppo di alterazioni, si può ammettere ch'essa è dovuta ad una valenza inferiore il cui valore non può raggiungere l'altezza di uno sviluppo fisiologico, riportandola così ad una alterazione generale di sviluppo.

Il trattamento curativo può essere conservativo od operatorio. Sands nel 1886 tagliò tutti gli elevatori della scapola, Hoffa, Kölliker, Mikulicz ed altri interrompevano i singoli muscoli retratti nel margine superiore della scapola. Chlumsky fa un taglio lungo il margine superiore e mediale della scapola e fissa il piccolo dorsale dietro la scapola alle costole. Ma i risultati dei trattamenti chirurgici non sono sempre buoni e ad essi si possono contrapporre i risultati di un trattamento ortopedico ginnastico cui propende l'autore a meno che non si debba fare una fissazione della scapola per correggere gravi deformità cosmetiche.

R. BRANCATI.

Osteoporosi dolorosa post-traumatica.

(FLORESCO. *La Presse Méd.*, dicembre 1928).

L'A. riferisce un caso di osteoporosi dolorosa post-traumatica ed illustra ampiamente tale sindrome simpatica, ch'egli propone di chiamare *malattia di Lériche*, la quale con una certa frequenza suole seguire ai traumatismi periferici, specialmente articolari. L'osteoporosi può essere causata da un trauma anche lieve, che è capace di determinare delle modificazioni circolatorie importanti (vasodilatazione attiva, aumento della temperatura locale). Tali turbe nel dominio del simpatico per ragioni che a noi sfuggono possono essere talvolta notevolmente accentuate, durare anche qualche anno e determinare delle lesioni organiche irreparabili, che possono compromettere la funzionalità dell'arto.

In seguito alla vasodilatazione attiva ed all'aumento della temperatura locale si producono alterazioni anatomiche importanti in tutto il segmento periferico dell'arto colpito e di cui le modificazioni scheletriche e le alterazioni delle superfici articolari sono le più notevoli. Il segmento distale dell'arto malato si presenta cianotico con edema diffuso, uniforme, di una durezza particolare.

Interviene rapida atrofia muscolare, che si estende fino alla radice dell'arto ed anche più in alto ai muscoli del cingolo scapolare e pelvico. L'osso si rarefà senza traccia d'infiammazione e senza degenerazione speciale.

La malattia insorge qualche settimana dopo il trauma con dolori, che progressivamente aumentano d'intensità. E' notevole il fatto che la palpazione, anche profonda, della regione malata non provoca dolore, nè si riesce a trovare mai un punto osseo doloroso fisso e netto. L'esame radiologico mostra una decalcificazione ossea intensa e diffusa, uniforme: assenza di lesioni locali a focolaio. La cura, nonostante il paradosso apparente di trattare con una operazione sul simpatico vasodilatatrice una malattia dovuta a vasodilatazione, consiste nella simpatectomia periarteriosa o nella ramisezione. Dopo tale intervento l'edema subito scompare ed i movimenti tornano con rapidità e senza dolore. La guarigione definitiva e la riparazione scheletrica richiedono generalmente da tre a sei settimane.

C. GIACOBBE.

Mezzi per attivare la formazione del callo nelle fratture ossee.

(KARL GLAESSNER e J. HASS. *La Presse Médicale*, febbraio 1929).

Un contributo allo studio dell'influenza del timo e degli estratti timici sulla guarigione delle fratture è recato dagli AA. che hanno praticato due gruppi d'esperienze:

a) su animali;

b) sull'uomo.

Nella prima serie d'esperienze in giovani gatti è stata provocata la frattura della gamba sinistra e, nello stesso tempo, è stato asportato il timo. La metà degli animali operati non ha avuto alcun trattamento; nell'altra metà invece per un periodo di quattordici giorni sono state praticate iniezioni sottocutanee d'estratto timico. Dopo quattro settimane si è constatato che l'animale, che ha subìto l'ablazione del timo, mostrava un callo meno solido dell'a. controllo.

L'animale, ugualmente operato, ma che ha avuto la somministrazione di timo, mostrava invece una consolidazione quasi completa. Da tali esperienze appare dunque chiaramente che l'ablazione del timo provoca un ritardo nella formazione del callo e che l'estratto di timo invece accelera l'evoluzione delle fratture.

Esperienze condotte con la somministrazione di differenti estratti ghiandolari hanno dimostrato che anche l'estratto delle paratiroidi ha una azione assai inferiore a quella del timo. Anche nell'uomo l'estratto timico ha influenza sulla consolidazione delle fratture. Ed infatti uno dei due p., che hanno subìto un'osteotomia lineare dei due femori (per vizio di conformazione ossea), al quale è stato iniettato estratto timico, dopo tre mesi presentava callo completamente consolidato; nell'altro invece — che non ha avuto alcun trattamento — alla stessa epoca persisteva motilità e l'esame radiografico faceva appena rilevare l'esistenza d'un callo.

Anche nei ritardi di consolidazione delle fratture l'estratto timico ha dato buoni risultati.

C. GIACOBBE.

Un nuovo metodo per la cura cruenta delle pseudoartrosi del collo femorale.

(PAWELS. *Zentr. f. Chir.*, 1928, n. 27).

Per una guarigione funzionale di una pseudoartrosi del collo femorale, non sembra sia assolutamente necessaria la sua consolidazione in posizione ridotta: basta, secondo l'A., escludere l'insufficienza relativa dei muscoli pelvi-trocanterici (1). Difatti nella pseudo-artrosi del collo femorale il carico si esercita secondo un asse che si trova spostato dalla parte malata, invece che nel mezzo del bacino, e che coincide con la superficie delle pseudo-artrosi. La testa femorale viene così a trovarsi spinta in basso.

Per ridare al gran trocantere la sua posizione normale e disporre le faccie della pseudo-artrosi ad angolo retto o quasi rispetto all'asse del carico per evitare in questo modo lo scivolamento in basso della testa femorale e favorire invece il suo addossamento contro l'estremo distale dell'osso bisogna praticare una osteotomia cuneiforme all'altezza del piccolo trocantere, a base esterna.

L'intervento viene agevolato se si impiantano prima della osteotomia due viti infisse in modo da trovarsi parallele alla fine dell'operazione.

E. M.

(1) Per comprendere bene la proposta dell'A. bisogna confrontare due schemi nei quali appaiono le condizioni normali del bacino e delle articolazioni coxo-femorali, da una parte, e quelle che si stabiliscono in presenza di una pseudoartrosi del femore, dall'altra.

ORGANI RESPIRATORI.

L'eziologia dell'enfisema.

(BEZANÇON. *Journ. des praticiens*, 3 febb. 1929).

I primi osservatori, i contemporanei di Laennec, nell'eziologia dell'enfisema polmonare, davano grande importanza allo sforzo, agli accessi di tosse, agli sforzi professionali; è la malattia, si diceva, dei facchini, degli individui che fanno sforzi violenti, dei suonatori di strumenti a fiato. Però, già Laennec aveva osservato i rapporti dell'enfisema con l'asma; in seguito, altri autori notarono che lo sforzo interviene leggermente, secondariamente e non può costituire da solo la malattia.

Una delle prove si è che l'enfisema è frequente nell'infanzia, nei primi anni di vita, ad un'epoca in cui lo sforzo non può avere importanza. D'altra parte, esso è una malattia ereditaria, per conseguenza, diatesica. L'enfisema costituzionale diventa allora la nozione generalmente ammessa, ammettendosi tutt'al più gli enfisemi sintomatici.

Più tardi, sorge una nuova nozione, quella del rapporto dell'enfisema con la tubercolosi polmonare; quest'ultima domina la questione ed apporta delle nozioni precise, orientando su un'altra via. Si apprenderà, così, a non confondere il meccanismo patogenetico con la vera eziologia.

Vi fu, a questo riguardo, per un certo tempo un malinteso terminologico. Si è confusa la tisi con la tubercolosi fibrosa e, d'altra parte, l'enfisema detto costituzionale e l'enfisema-lesione, l'enfisema sintomatico. È assai frequente l'associazione della tubercolosi con l'enfisema ma, in generale, questo è soprattutto sintomatico della sclerosi polmonare; esso può associarsi a delle sclerosi non tubercolari, ma, il più spesso, è associato alla sclerosi polmonare tubercolare, a quelle tubercolosi, cioè, che chiamiamo fibrose.

Tripier ha isolato un tipo di enfisema detto vicariante o compensatore, caratterizzato dall'iperplasia dei vasi e delle fibre elastiche. L'enfisema vicariante, il quale non è se non l'ipertrofia del polmone, è dunque distinto dall'enfisema-lesione.

Clinicamente l'enfisema vicariante si caratterizza dal fatto che il murmure respiratorio è

conservato; la respirazione è forte, con carattere di respirazione supplementare. Tale enfisema, ordinariamente, non si sviluppa in vicinanza delle lesioni tubercolari, ma a distanza da esse, nelle parti del parenchima relativamente sane.

Radiologicamente, questa varietà di enfisema è caratterizzato da notevole chiarezza, lontana dalla lesione tubercolare; e, siccome questa si trova generalmente agli apici, l'enfisema vicariante si appalesa molto spesso con la grande chiarezza delle basi.

All'opposto dell'enfisema vicariante, quello ordinario, di Laennec, presenta come lesioni anatomiche la scomparsa dei vasi e delle fibre elastiche.

L'enfisema può presentarsi in seguito ad una bronchite ed offre il particolare carattere, fin dall'inizio, di accompagnarsi a dispnea. Questa bronchite dispneizzante si trascina per parecchi mesi; l'espettorato non contiene bacilli. Si rileva del silenzio respiratorio, dei rantoli sibilanti e russanti, delle asprezze respiratorie. Si installa l'enfisema; più tardi si manifesta un'emottisi, dei segni di tubercolosi compaiono ad un apice; gli sputi sono bacilliferi. La tubercolosi può localizzarsi sulla trama del polmone, in modo da produrre l'enfisema.

L'asma è frequente nei tubercolotici e negli enfisematosi. Ora ci si può rivolgere la domanda di conoscere se è l'asma che ha determinato l'enfisema, o questo che ha prodotto l'asma. È forse la lesione tubercolare che, distruggendo le ramificazioni del pneumogastrico, ha facilitato le crisi dispneiche?

Landouzy, in considerazione della frequenza dell'enfisema associato con la tubercolosi, ha sostenuto che l'enfisema e l'asma erano di natura tubercolare, opinione che, oggi, non si potrebbe sostenere. La tubercolosi, però, pure non essendo la sola causa di sclerosi polmonare e di enfisema, è una delle più importanti. È proprio la tubercolosi che noi dobbiamo cercare quando si è in presenza di un enfisematoso. Spesso, in individui che si consideravano come dei semplici enfisematosi, i raggi X rivelano delle lesioni di tubercolosi polmonare.

Secondo alcuni autori, la sifilide avrebbe una parte importante nell'eziologia dell'enfisema; il tubercolotico, vecchio sifilitico, avrebbe una tendenza particolare alla tubercolosi fibrosa. Questo è pura ipotesi; la Wassermann non è per nulla più frequentemente positiva in malati di questo genere. La parte della sifilide è discutibile e, ad ogni modo, passa in seconda linea di fronte a quella della tubercolosi.

In seguito a traumatismi polmonari da gas di guerra si è osservata la produzione di enfisema, specialmente per i gas soffocanti; in qualche caso, tali gas hanno risvegliato una tubercolosi e, talvolta, ci si può domandare se l'enfisema dei *gassati* ha preparato il terreno alla tubercolosi rilevata qualche anno più tardi.

In alcune condizioni, l'enfisema sembra legato a lesioni della parete toracica, quali il torace rigido di Freund (ossificazione prematura delle cartilagini costali), il rachitismo, la scoliosi, tutte le deviazioni della colonna vertebrale.

L'enfisema può essere connesso con la bronchite cronica, la rinofaringite cronica discendente, l'asma, ma talvolta non si trovano che delle cause tanto minime che ci si può, a giusta ragione, domandare se esista realmente un enfisema costituzionale, diatesico. È possibile che, in seguito a cause banali, l'enfisema si produca in individui, che hanno tendenza alla distensione del tessuto elastico, che si traduce con ernie, varici, ecc.

È noto che l'enfisema è più frequente nell'uomo che nella donna, il che dimostra l'importanza del lavoro manuale, ma, nella gerarchia delle cause, la tubercolosi polmonare ha il primo posto.

FILIPPINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

Nouveau Traité de Médecine. Pathologie du foie. Vol. XVI, pagg. 1046 con 163 fig. e 11 tav. a colori. Masson e C., 1929. Fr. 125.

Per la molteplicità delle funzioni epatiche, lo studio della patologia del fegato rappresenta uno dei più fecondi campi d'indagine della medicina ed infatti ogni giorno si accrescono sempre più le nostre cognizioni sull'importanza di quest'organo nel metabolismo dei principali componenti dell'organismo.

È perciò che il XVI volume di questo Trattato, dedicato esclusivamente al fegato e alle vie biliari, è senza dubbio uno dei più ampi e più riccamente illustrati.

Come si esplora il fegato? Come si fa la diagnosi clinica ed etiologica di un grosso fegato? Queste questioni preliminari sono abbordate molto bene da Villaret e Justin-Besançon, mentre successivamente Garnier esponendo tutti i procedimenti antichi e moderni di esplorazione, fa un eccellente studio critico delle sindromi d'insufficienza epatica e d'iperattività funzionale del fegato.

A Widal e Abrami è dovuta la magnifica descrizione degli itteri, completata da May per quanto riguarda la spirochetosi itteroemorragica; il fegato cardiaco e le cirrosi sono trattate da Villaret e Justin-Besançon, mentre Rieux dà un rapido sguardo alle complicazioni epatiche nella malaria.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Le affezioni delle vie biliari fanno parte di uno studio assai completo di Garnier e Prieur, infine il volume termina con un interessante capitolo di Villaret e Justin-Besançon sulle perivisceriti, sulle peritoniti localizzate o retro-epatiche, argomento di grande importanza per i medici e per i chirurgi.

A. POZZI.

Ergebnisse der gesamten Medizin. Pubblicati sotto la direzione di TH. BRUGSCH. Vol. XII, in-8°, di pag. 632, con 102 fig. e 7 tavole. Urban e Schwarzenberg, ed. Berlin, 1928. Prezzo Mk. 30.

Questa ottima pubblicazione continua con il consueto indirizzo, formando una raccolta di monografie su determinati argomenti interessanti la medicina, la chirurgia, le specialità. Non è possibile parlare partitamente di ciascuna delle 16 monografie qui riunite, di cui diamo l'elenco.

Lues congenita tarda (W. Krantz), già da noi recensita a parte. L'equilibrio acido-base del bambino (E. Schiff). L'uso terapeutico dei batteri vivi (R. Schlayer). Il trattamento operatorio delle crisi gastriche nei tabetici (F. Mandl). La chirurgia del pancreas W. Körte). La cataratta senile; patogenesi, trattamento non operatorio (A. Siegrist). Catarri intestinali acuti e cronici (O. A. Rösler). Calcoli renali ed ureterali (H. Rubritius).

La personalità in medicina dal punto di vista della chimica colloidale (F. Kraus). Il glaucoma primario (B. Dohme). Sviluppo della teoria vitaminica; rachitismo ed avitaminosi (H. Kaufmann). Azione sul circolo del lavoro muscolare della ginnastica e dello sport (H. Rautmann). La linfogranulomatosi (P. Schmidt). L'inizio della tubercolosi polmonare; sua diagnosi radiologica (H. Ulrici). La sostanza colorante biliare e la patogenesi dell'ittero (C. Lewin). Trattamento con i raggi delle malattie tiroidee (J. Rother).

Argomenti, come si vede, del più vivo interesse per il medico, trattati in modo ampio (alcuni occupano oltre un centinaio di pagine) ed esauriente e tali da soddisfare l'alta coltura e la pratica.

fil.

A. ESPOSITO. *Le Nefrosi.* Vol. in-16° di pagine VIII-212. Ist. Ed. Scientif. Milano 1928. L. 40.

Una trattazione clinica particolare e nello stesso tempo completa di questo difficile tema mancava fino ad oggi nella bibliografia medica italiana ed è perciò che l'A., degno allievo del prof. Ferrata, ha creduto opportuno riunire in questa interessante monografia tutto quanto ci è dato sapere all'epoca nostra su questo gruppo di affezioni renali.

L'A. dapprima fa un'esposizione chiara e sintetica delle classificazioni proposte dei processi degenerativi e ricorda l'istopatologia generale, quindi passa in rassegna le varie forme di nefrosi: infettiva, lipoidea, luetica, gravidica, amiloidea, grassa, necrotica, trattando in modo completo ogni forma dall'etiologia al criterio curativo.

Con la lettura di questo libro la confusione fra nefriti e nefrosi facile a verificarsi nella pratica non può più avvenire, per cui lo studio di questo lavoro, coscienziosamente eseguito, riuscirà sommamente utile al medico pratico.

L'A. ha portato all'argomento un notevole contributo di osservazioni cliniche ed anatomo-patologiche, ciò che gli ha permesso di esporre idee proprie e di fare una giusta valutazione critica di fatti e teorie.

A. P.

L. ANTOGNETTI e A. MUGGIA. *Le albuminurie benigne.* Vol. in-8° di pagg. 275. Ist. Edit. Scient., Milano, 1929. L. 50.

La diagnosi clinica patogenetica esatta di una semplice albuminuria, cioè di un'albuminuria non legata alle comuni alterazioni renali, costituisce sempre un difficile problema e nella pratica spesso, a tale sintoma, non è dato il suo giusto valore.

In queste albuminurie extrarenali, il fattore costituzionale ha certamente la sua influenza, ma scopo degli AA. è stato appunto di valutare quanta parte in realtà hanno i fattori costituzionali generali e locali, nella genesi delle albuminurie benigne. Le loro ricerche rivolte in special modo sulla albuminuria ortostatica, a base della quale, secondo Pende, starebbe un'ipertensione venosa idiopatica o costituzionale, li hanno condotti a conclusioni veramente interessanti.

Questo libro quindi rappresenta lo studio più moderno e più completo delle albuminurie benigne e sarà letto con interesse dagli appassionati dell'argomento.

A. P.

PINEY. *Recentes adquiciones en Hematologia.* Yavier Morata, ed. Madrid, 1928.

Il lavoro del Piney dopo la sua 2ª edizione è stato recentemente tradotto dal dott. Luengo del laboratorio per le ricerche cliniche della Facoltà di medicina di Madrid e presentato dal prof. Pittaluga.

È una singolare pubblicazione di ematologia che affronta i principali problemi di fisiologia e fisiopatologia del sangue secondo moderni ed originali concetti.

Non si può considerare come un trattato di ematologia ma come un interessante saggio dei principali argomenti connessi. Il traduttore, considerando i pregi della pubblicazione, ha compreso come i capitoli del testo origi-

nale (270 pag.) fossero per esigenze didattiche incompleti, ed ha cercato di ovviare a queste mancanze con aggiunte critiche e pratiche esponenti i principali punti di vista della scuola spagnola.

Nella prima parte l'origine e la formazione del sangue ed i rapporti fra esso e sistema reticolo-endotelio, in parte come concezione originale, riescono particolarmente chiari nell'esposizione dell'A. Ma ciò che desta il maggiore interesse è costituito dai capitoli di patologia del sangue: ad esempio molto seducente la concezione patogenetica dell'A. sopra alcuni stati morbosi ed in specie quelli emorragici, i rapporti con la costituzione e con le secrezioni interne.

Il libro è corredato da una scelta bibliografia, da disegni e microfotografie dimostrative che lo rendono utile all'ematologo ed al medico.

R. GOSIO.

Medizinisches Seminar. Nuova serie. Un vol. in-16° di 445 pag. J. Springer, ed. Wien, 1928. Prezzo Mk. 13,50.

Le sere seminaristiche viennesi: una riunione di medici pratici, alcuni dei quali rivolgono ai professori specialisti che stanno alla presidenza, delle domande sulle questioni che maggiormente li interessano, su cui hanno dei dubbi o desiderano dei consigli; l'interrogato, padrone dell'argomento, risponde con una breve dissertazione.

Le risposte vengono raccolte e riunite in volumi (questo è il secondo della serie) e disposte in ordine alfabetico, con un ricco indice alfabetico, che facilita le ricerche.

Nulla di sistematico e di artificioso in questi volumi che contengono le questioni più interessanti per il medico pratico, appunto perchè rampollate da pratica spicciola. Ecco, p. es., tutta una serie di domande inerenti al climaterio: trattamento dei disturbi del cl. eccettuati gli organi pelvici; origine e trattamento dell'ipertensione, dell'adiposità, delle emorragie del cl.; modificazioni degli organi pelvici nel cl. e loro cura; il reumatismo del cl. Per la colelitiasi: trattamento conservativo delle affezioni delle vie biliari; sintomi tipici della colica epatica; malattie che possono simulare una colelitiasi; tenore di vita dei colelitiasici; se l'accesso acuto di colica e specialmente l'ittero costituisca una controindicazione all'intervento; cura postoperatoria.

Tutte queste domande trovano qui la loro risposta, succinta o più ampia (un paio di pagine al massimo) a seconda dei casi. Ed analogamente a queste moltissime altre che interessano il medico pratico, il quale troverà in questo libro un fido consigliere.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 1° febbraio 1929.
Presidenza: Prof. A. FERRATA, presidente.

Tubercolosi sperimentale del cervello.

P. REDAELLI. — Con bacilli di un ceppo umano e di un ceppo bovino adattato all'organismo del cane, l'O. fa una serie di inoculazioni allo scopo di ottenere la riproduzione sperimentale del tubercolo solitario o conglomerato del cervello. Nel cane ottiene delle forme circoscritte alle regioni subcorticali ed al centro ovale degli emisferi che molto suggestivamente, sia macroscopicamente che microscopicamente si possono sovrapporre al processo spontaneo dell'uomo.

Riassumendo quindi le ricerche e le conclusioni delle note precedenti sulla forma della infiammazione tubercolare e sui fattori che la modificano, mette in luce le caratteristiche intrinseche del germe e dell'ospite come fattori di atipicità del processo tubercolare stesso.

Ittero infettivo acuto ed epatiti da spirochete.

L. VILLA. — È descritta la sintomatologia pressochè eguale di tre casi di ittero infettivo acutissimo e mortale; per i caratteri clinici è stata sospettata in tutti questi casi una spirochetosi itterogena, dimostrata in uno di essi mediante emocultura e inoculazione in cavia, con reperto di spirochete sugli organi.

Trasmissione transplacentare del virus tubercolare filtrabile e alterazioni istopatologiche negli organi fetali.

ANGELO MIGLIAVACCA. — L'O. ha studiato sperimentalmente il problema della trasmissibilità transplacentare del virus tubercolare filtrabile e giunge ai risultati seguenti:

1) in alcuni casi si ritrovano nei tessuti fetali tipici bacilli acido-resistenti;

2) in vari organi, ma sopratutto nel polmone, si osservano molto spesso fini granuli acido-resistenti frequentemente allineati in serie a mo' di streptococco;

3) le alterazioni istopatologiche, notevoli in particolar modo nel polmone, consistono in una infiltrazione linfocitaria perivasale a manicotto, e in una distribuzione irregolare di cellule epitelioidi, plasmacellule e cellule eosinofile istioidi.

Il Segretario: F. RICCI.

Associazione Medica Triestina.

XI adunanza scientifica del 4 gennaio 1929.
Presidente: Dott. A. COFLER.

Il dott. LANG, commentando l'azione che l'A. M. T. va svolgendo nel campo culturale medico, rileva l'importanza che vanno assumendo ora le malattie professionali, alle quali il Regime vuole sia dato il peso che loro spetta nell'interesse della Nazione.

Il prof. FREUND rileva come anche gli specialisti dermatologhi hanno spesso occasione di osservare malattie professionali (da catrame, da cianamide, ecc.) e nota come finora non ci siano provvedimenti legali in proposito.

Di un caso di probabile sifilide polmonare.

Dott. STICOTTI. — L'O. ricorda il caso di un paziente, il cui quadro radiologico polmonare, sia per i caratteri che per la localizzazione della forma morbosa aveva fatto sospettare una lue. Il malato si era contagiato di sifilide 10 anni prima, ma le reazioni sierologiche erano negative. Dopo trattamento con salvarsan, senza che il paziente avesse fatto altre cure o avesse assunto un tenore di vita di maggiore riposo, si ebbe la scomparsa della sintomatologia patologica, clinica e un riassorbimento delle constatazioni radiologiche. Quest'ultimo fatto è raro nella tubercolosi e non si ha mai in un tempo così breve come nel caso presentato.

Secondo l'O. in ammalati di polmoni che hanno avuto una sifilide, bisogna sempre prospettare anche l'ipotesi di una localizzazione luetica polmonare.

Il dott. COFLER riferisce come anche nel suo riparto ospedaliero ci si sia occupati della lue polmonare e riferisce un caso di lue polm. della sua pratica privata.

Il prof. FREUND presenta una malata affetta da *molteplici tumori intra- e sottocutanei*, di varia localizzazione. Diagnosi ancora impossibile.

Il prof. FREUND presenta poi una malata affetta da una *estesa forma di lupus vulgaris*, curata finora senza risultato coi raggi Röntgen, poi con raggi ultravioletti e coll'applicazione della neve di CO_2 e si propone di sottoporre la malata alla cura colla Pyotropina-Kamper.

Il dott. TIRONE illustra un caso di tubercolosi polmonare con empiema destro, trattato coll'*oleotorace*.

In discussione parlò il dott. STICOTTI.

Il dott. NORDIO AUGUSTO presenta un caso di *carcinoma del moncone uterino dopo isterectomia sopravaginale*, ed un caso di *ematoma del muscolo retto addominale sinistro* diagnosticato erroneamente per cisti torta.

In discussione il dott. GRISOGONO rileva l'importanza della presentazione di errori diagnostici e dice che nel porre la diagnosi di cisti torta non si è data la giusta importanza ad un sintomo negativo: infatti, con l'esplorazione vaginale non si è riusciti a palpare il polo inferiore del tumore.

Il dott. OLIANI riferisce l'epicrisi di un paziente, già presentato dal dott. CALLIGARIS. Si trattava di un *linfosarcoma*.

Il Segretario: E. RONCALLI.

Società Medico-Chirurgica Reggiana.

Seduta del 29 gennaio 1929.

Atetosi doppia.

A. BERTOLANI. — L'O. presenta un ragazzo di 14 anni che, all'età di sei mesi, fu colto da febbre, vomito, malessere. Tali condizioni durarono solo pochi giorni, dopo i quali si stabilì tetraparesi flaccida con movimenti coreo-atetosici generalizzati. Dopo aver passate in rassegna le principali sindromi dipendenti da lesione del corpo striato ed essersi soffermato sui vari tipi di atetosi, l'O. dal rilievo dei sintomi raccolti sul malato, conclude per l'esistenza in esso di una « sindrome mista strio-piramidale ».

Sull'importanza diagnostica della sindrome simpatico-oculare.

L. SOZZI. — L'O. pone in rilievo l'importanza diagnostica della sindrome oculo-simpatica riferendo su due casi osservati nella clientela privata. Si intrattiene poi sulla diagnosi differenziale delle due sindromi simpatico-parotica e simpatico-irritativa, richiamando l'attenzione sulla fisio-patologia del segmento spinale da cui partono gli stimoli simpatici che salgono al globo oculare.

Difterite nasale primitiva in una bambina di 8 anni.

G. MERELLI. — L'O. descrivendo un caso di difterite nasale primitiva, osservato in una bambina di 8 anni, espone brevemente i vari aspetti della localizzazione nasale della infezione difterica. Mette poi in evidenza la relativa rarità della osservazione e richiama l'attenzione sul pericolo che i portatori di una tale localizzazione rappresentano per la diffusione della infezione.

L'afasia e le altre complicazioni nervose nel decorso della febbre tifoide.

E. OLMI. — L'O. dopo aver passato in rapida rassegna le più importanti complicazioni nervose nel decorso della febbre tifoide, illustra due casi osservati nel Reparto Pediatrico e ne discute la patogenesi.

Il Segretario: Prof. G. MERELLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

La permeabilità dei capillari e l'indice infiammatorio della cute negli epatopazienti.

De Tullio (*Rif. Medica*, n. 13, marzo 1928) ha ricercato l'indice di permeabilità in epatopazienti, servendosi del metodo di Petersen e Willis, il quale consiste nell'applicare un vescicante nella reg. flessoria dell'avambraccio, e nel raccogliere il liquido formatosi nella bolla, tenendo conto del tempo impiegato per la comparsa della bolla, che nei normali è di 6 ore.

Contemporaneamente si preleva del sangue, e sul siero e sul liquido della bolla si ricercano le proteine al refrattometro.

Tale rapporto va sotto il nome di *indice di permeabilità. L'indice infiammatorio* è invece il rapporto fra il primo indice e il tempo della comparsa della bolla; esso esprime la reazione infiammatoria della cute e dei capillari cutanei.

Il normale indice di permeabilità è di 0.68; l'indice infiammatorio di 10.5.

Tale indice è in rapporto al tono vasale, ed appare aumentato nei simpaticotonici, diminuito nei parasimpaticotonici.

Dalle ricerche sugli epato-pazienti risulta che la permeabilità è aumentata; non sempre però si ha un contemporaneo aumento dell'indice infiammatorio.

L'aumento della permeabilità negli itterici si può spiegare per la presenza degli acidi biliari e con un aumentato tono parasimpatico.

Nelle altre affezioni epatiche, senza ittero, l'aumentata permeabilità si può spiegare con la presenza nel sangue di proteine non completamente disintegrate (peptoni), dipendenti dall'alterata funzione epatica, associata spesso a lesioni dell'intestino. CARUSI.

Influenza delle inalazioni di ossigeno sulle funzioni epatiche.

Partourier, Fauqué e Manceau (*C. R. Soc. Biol.*, n. 30, 1928) hanno studiato le variazioni dell'azoto residuo della azotemia, della colemia, dell'acido urico, della colesterinemia, della glicemia, dopo inalazioni di 50 litri di ossigeno. In 50 casi fra normali e patologici solo la glicemia ha variato. La glicemia subisce un aumento, o resta invariata, negli individui normali, mentre negli epatici subisce costantemente una diminuzione. Esiste un certo rapporto tra l'intensità di tale diminuzione del tasso glicemico e lo stato patologico del fegato. Uguale comportamento della glicemia è stato osservato dopo il lavoro muscolare. Dunque ogni qual volta avviene una combustione di glucosio, sia per lavoro muscolare, sia per esagerata ematosi, l'insufficienza epatica si manifesta con l'incapacità a restaurare il tasso glicemico nel tempo normale. Il fegato sano compie immediatamente questa funzione, mentre il fegato malato la compie con una lentezza accessibile ai nostri metodi d'indagine. G. PACETTO.

SEMEIOTICA.

Valore della reazione di Davis per la diagnosi biologica dei tumori maligni.

La reazione di Davis è un procedimento per la diagnosi biologica dei tumori maligni che si pratica, anzichè sul sangue, come la maggior parte delle reazioni correnti, sull'urina. È una reazione che avrebbe il grande vantaggio di un'estrema facilità e quindi sarebbe di utile e pratico ausilio se rispondesse.

La tecnica è la seguente: si trattano 50 cmc. di urina con 5 cmc. di ac. cloridrico e si riscaldano alla prima ebollizione. Dopo raffreddamento, si agita il miscuglio con 15 cmc. di etere solforico e si lascia in riposo per 24 ore. Si separa l'etere versandolo in una capsula di porcellana, dove si lascia evaporare: la reazione positiva è data da un precipitato di colore rosso.

L. Magnani (*Riv. It. di Ginecologia*, gennaio 1929) ha eseguito la prova in un centinaio di casi, comprendenti condizioni morbose e fisiologiche diverse, e precisamente: tumori maligni, forme ginecologiche diverse, gravidanze, puerperi normali e febbrili.

Dalle ricerche dei vari Autori risulterebbe: Golkwer e Matschan su 43 carcinomi a varia sede 41 risultati positivi, ossia il 95,35 % e in 56 forme non neoplastiche solo il 7,1 % di positività; invece Wassiliew avrebbe riscontrato il 20 % di negatività nel carcinoma e Bakscht il 40 % di positività in forme non cancerigne.

Lipkin ha istituito un raffronto fra la prova in discorso e quella di Botelho, ottenendo rispettivamente l'83,4 % e il 73,4 % di positività, giudicando, perciò di valore non trascurabile la r. di Davis.

Dalle ricerche dell'A. risulterebbe il 76 % di positività nei carcinomi (16 su 21) e il 25,7 % di positività in certe condizioni morbose, quasi tutte di natura infiammatoria acuta o di natura emorragica. A favore della reazione stanno i rari esiti positivi in gravidanza (18,7 %). La positività frequente in puerperio (50 %) potrebbe essere riferita all'assorbimento di materiali che in tale circostanza si avvera.

Circa la natura della reazione Davis suppone che essa sia dovuta a un derivato della dissoluzione dei globuli rossi: un emourocromo.

La r. di Davis pur non risolvendo il problema della diagnosi biologica del cancro e pur non ricevendo dalle ricerche dell'A. una piena conferma al valore assegnatole deve essere riguardata, secondo l'A., favorevolmente come un tentativo di semplificare e diffondere questi mezzi diagnostici. G. MATRONOLA.

La prova di gravidanza con l'ormone di Aschheim-Zondek.

Tale prova è basata sul fatto che, durante la gravidanza, si verificano notevoli cambiamenti nella struttura istologica del lobo anteriore della ghiandola pituitaria.

Si dimostrò poi che l'iniezione del lobo anteriore della pituitaria nelle femmine dei ratti provoca un notevole ingrandimento delle ovaie.

Aschheim e Zondek confermarono tali osservazioni e scoprirono che, durante la gravidanza, si ha una notevolissima iperproduzione dell'ormone di tale lobo anteriore, con eliminazione pel tramite delle urine. L'iniezione sottocutanea dell'urina di donna gravida in topo femmina immatura fu seguìta da alterazioni rimarchevoli delle ovaia, in forma di: turgore, congestione, emorragie e maturazione prematura dei follicoli.

H. W. Lauria e M. Rosenzweig (*The Journ. A. M. A.*, 22 dec. 1928) hanno ripreso tali esperimenti, iniettando sottocute a topi femmine di 3-6 settimane di età, del peso medio di 10-15 gr., 3/10 di cmc. di urina, tre volte al giorno e per 3 giorni. La loro casistica comprende 132 casi; 87 campioni di urina di donne gravide nei vari periodi, dettero il 98 % di reazioni positive. La positività si ebbe anche per donne nelle prime 3 settimane di gestazione, e perfino in una nella quale il periodo mestruale era terminato 7 giorni prima. Quarantacinque esemplari di controllo dettero reazione negativa nel 91 %.

Ulteriori ricerche sono in via di esecuzione.

M. FABERI.

L'esecuzione della cutireazione di Pirquet.

C. A. Stewart (*Amer. Journ. Dis. of Children*, marzo 1928) consiglia di praticare la cutireazione mediante un ago da cucire, facendolo penetrare nell'epitelio attraverso una goccia di tubercolina deposta sulla cute. Sembra che tale metodo sia preferibile a quello della scarificazione cutanea. La tubercolina può anche essere tolta dopo la puntura, chè la reazione si ha ugualmente. Invece, il risultato positivo non è costante quando si faccia la puntura con l'ago intinto di tubercolina, ma senza passare attraverso la goccia di questa.

A. F.

CASISTICA E TERAPIA.

Iperglicemia postipofisaria.

La diagnosi di sindrome ipofisaria è facile quando la sintomatologia clinica è netta (acromegalia, sindrome adiposo-genitale di Froëlich), quando vi è ingrossamento della ghiandola o quando esistano alterazioni della sella turcica. All'infuori di questi tre gruppi di casi clinici, tale diagnosi diventa sempre difficile ed è perciò che si è pensato di ricorrere alle prove funzionali per stabilire lo stato dell'ipofisi.

L'iniezione di estratto di lobo posteriore dell'ipofisi, proposto da Howar, si è dimostrata di scarso valore, mentre data l'influenza dell'ipofisi sul metabolismo degli idrati di carbonio, lo studio delle alterazioni di questo può dare qualche dato più sicuro. In caso di iperfunzionamento dell'ipofisi, il metabolismo degli idrati di carbonio è aumentato, con tendenza a prodursi iperglicemia.

Basandosi su queste alterazioni, sono state tentate diverse prove funzionali dell'ipofisi, ma tutte molto complicate. Maranon (rif. in *Medicina Ibera*, feb. 1929) propone una prova molto semplice, che consiste nell'iniettare nell'infermo 2 cmc. di lobo posteriore di estratto ipofisario. Nell'individuo normale l'iniezione è seguita da un lieve aumento della glicemia che può durare 1/2-1 ora, come pure la glicemia può rimanere inalterata.

Gli stessi risultati si hanno negli infermi con processi diversi ed ipofisi sana, mentre negli individui con lesioni ipofisarie le cose sono diverse: negli infermi ipofisari a tipo funzionale (tumori, emorragie o sclerosi ipofisarie) corrispondendo ai processi di insufficienza ipofisaria, principalmente la sindrome adiposo-genitale di Froelich, la curva glicemica, consecutiva all'iniezione di estratto ipofisario è normale o poco differente, invece nelle lesioni ipofisarie a tipo iperfunzionante (acromegalia, iperpituitarismo da accrescimento) la curva glicemica, dopo 15 minuti dall'iniezione, aumenta continuamente per 1/2-1 ora fino a raggiungere un aumento costante 90 minuti dopo l'iniezione.

In tal modo, eseguendo quattro determinazioni glicemiche, dopo l'iniezione di 2 cmc. di lobo posteriore di estratto ipofisario, si può avere un tracciato grafico della glicemia caratteristico degli stati iperfunzionali dell'ipofisi.

A. P.

Il meccanismo dell'insulinoresistenza.

I casi di vera insulinoresistenza sono rari; talora l'azione dell'insulina non si manifesta o per un uso irrazionale di essa, o perchè non si tien conto del tasso glicemico, e ci si ferma al solo esame dell'urina.

Nei casi di diabete renale, di glicosurie paradosse l'insulina non agisce, e può allora simulare una resistenza all'insulina.

Il Rosenthal (*Med. Klin.*, 46, 1928) considerando le vere insulino-resistenze, le divide in due gruppi: le continue e le transitorie.

Questa divisione tien conto del fattore tempo, ed in parte del fattore etiologico.

Le forme *continue* pare che siano legate ad un disturbo endocrino, così che l'azione dell'insulina non si esplicherebbe per l'azione antagonista dell'adrenalina e della pituitrina. Accanto a queste insulino-resistenze di origine surrenale od ipofisaria, se ne sono aggiunte altre, le quali dipenderebbero dalla tiroide o dal fegato, secondo la teoria di Löwy.

Le forme *transitorie* sono dipendenti da infezioni acute. In questi casi nè i germi, nè le

tossine sono la causa della insulino-resistenza, la quale deve ricercarsi probabilmente nei fermenti leucocitari, allorchè esistono suppurazioni; o entrano nel quadro più generale dei fermenti cellulari da autolisi istogena per azione di fermenti proteolitici. In questi processi bisogna ricordare che la facoltà del siero di inibire l'azione dei fermenti proteolitici, può sparire sotto l'azione dell'insulina o del tutto capovolgersi; accadrebbe allora una stimolazione dei processi fermentativi, con conseguente insulino-resistenza, com'è stato osservato nei casi di coma diabetico, nell'uremia, nel morbo di Basedow, nella polmonite crupale.

CARUSI.

Diete ricche di carboidrati nel diabete.

R. Richardson (*Amer. Journ. Med. Sciences*, mar. 1929) rileva che si è trovato vantaggioso, da parte di Sansum, di far consumare dai diabetici fino a 300 g. di carboidrati *pro die*, fornendo una corrispondente quantità di insulina, fino a 200 unità.

Tuttavia è pericoloso di giungere a queste dosi d'insulina, le quali espongono all'ipoglicemia, per poco che l'assorbimento degli idrocarbonati ritardi.

L'A. ha pure trovato utile di ricorrere a dosi elevate d'idrocarbonati e d'insulina, ma si attiene a livelli più bassi. Nella sua casistica egli non va oltre 60 unità d'insulina al giorno; al tempo stesso, però, si è giovato di una osservazione fatta da Greenwald, Gross e Samet e da lui confermata, secondo cui, riducendo la quantità di grassi, il coefficiente di utilizzazione degli idrocarbonati sotto l'azione dell'insulina si eleva; di modo che si può somministrare una maggior quantità d'idrocarbonati. In tal modo si riduce il pericolo della chetogenesi, come pure quello dell'ipoglicemia, mentre si aumenta il benessere generale del malato e se ne accresce l'efficienza organica.

A titolo di esempio, un diabetico riceveva giornalmente 60 unità d'insulina, 50 g. d'idrocarbonati, 100 di grassi e 56 di proteine senza presentare glicosuria nè glicemia nè reazione d'insulina nel sangue; riducendo i grassi a 50 g., i carboidrati poterono essere elevati a 100 g. (mantenendo invariate le proteine) senza che i risultati suddetti si modificassero: in altri termini, il coefficiente di utilizzazione si è elevato da g. 1.5 d'idrocarbonati per unità d'insulina a g. 3, con notevole vantaggio. Si consideri che 100 g. d'idrocarbonati corrispondono a 200 g. di pane od a 150 grammi di pasta.

L. V.

L'acidosi diabetica e il suo trattamento.

Numerose teorie ed ipotesi sono state emesse sulla patogenesi della acidosi diabetica: alcune di esse vorrebbero far derivare i corpi chetonici solamente dai grassi: ma ulteriori ricerche hanno dimostrato che oltre i grassi, hanno grande importanza nella produzione dei corpi chetonici, anche le sostanze proteiche, specialmente quelle contenenti un numero dispari di atomi di carbonio.

Melchior (*Archives Médicales Belges*, 1928, n. 12) è convinto che non si possa far derivare la chetonemia dal disquilibrio alimentare, ma con Labbé, la pone in diretto rapporto con la secrezione interna del pancreas.

L'acidosi va considerata in tre periodi: nel primo si riscontra soltanto la chetonemia e richiede l'inizio o il rinforzo del trattamento insulinico accompagnato da somministrazione di idrato di carbonio e da limitazione nell'uso delle sostanze proteiche; il secondo periodo è quello precomatoso nel quale oltre alla chetonemia si ha cefalea, insonnia, vertigini; in questo periodo si daranno forti dosi di insulina, 80-120 U. C. per 24 ore e contemporaneamente gr. 2 di zucchero per U. C.

Il terzo periodo è quello del coma e per combatterlo è necessario somministrare fortissime dosi di insulina (fino a 150 U. C. p. d.) anche per iniezione endovenosa; il glucosio si darà per rettoclisi o ipodermoclisi od anche fleboclisi.

L'uso dell'insulina non ha fatto mettere da parte la terapia preziosa con gli alcalini per os o per via endovenosa.

Non tutti i comi però cedono al trattamento insulinico e ciò si spiega probabilmente con l'esistenza contemporaneamente di lesioni renali.

VICENTINI.

Metabolismo basale e acidosi in rapporto agli interventi operatori.

Schneider (*Deut. Zeit. f. Chir.*, 1928) ha studiato l'importanza che hanno le cifre del metabolismo basale e della riserva alcalina nei malati di cancro e di gravi infezioni (peritoniti ecc.) in rapporto alla prognosi operatoria. Nei casi osservati ha notato che quando un aumento del primo, si associa ad un abbassamento della seconda, la prognosi operatoria immediata è, nella maggior parte dei casi, infausta. Non così invece quando una sola delle due prove dà risultati anormali.

Nelle altre affezioni il reperto sopradetto se non gli ha dato cifre così alte di mortalità postoperatoria deve però — a quanto afferma l'A. — rendere sempre circospetto il chirurgo prima di decidersi all'intervento.

V. GHIRON.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. F. T., da V.:

Per gli argomenti da lei richiesti vedere:

A. CAUCCI: *La chirurgia del cieco e del colon* (Roma, « L'Universelle », 1921).

DUVAL: *La dilatazione idiopatica del crasso* (Rev. de Chir., 1903).

Relaz. al XXXIV Congr. della Soc. It. di Chir. (1927) sulla stitichezza abituale cronica.

C. C.

All'abb. n. 5708-1:

Nella rivista sintetica di G. LEMOINE: *Chirurgie du sympathique cervical.* Arch. franco-belges de chir., vol. 30, n. 6, pag. 469-486, 1927, troverà raccolti i dati anatomo-topografici, tecnici e le indicazioni della resezione del simpatico cervicale. La bibliografia è, al solito, incompleta per quanto riguarda le pubblicazioni italiane. VALDONI.

VARIA.

La città universitaria di Parigi.

Nella *Presse Médicale* del 20 marzo u. s. J. Crouzat reca ampie informazioni sulla storia, lo stato attuale e l'avvenire di questa magnifica istituzione.

Nel 1920 il sig. Emile Deutsch de la Meurthe, volendo aiutare gli studenti francesi mediante la costruzione di alloggi adatti per essi, offriva la somma di 10 milioni di franchi al ministro della P. I., on. Honnorat, il quale già da tempo vagheggiava il progetto di costruire, sui confini del parco Montsouris, una città destinata ad alloggiare non solo gli studenti francesi, ma anche i loro camerati stranieri.

Quella somma equivarrebbe, in valuta attuale, almeno al triplo.

Per l'erigenda città universitaria il Consiglio municipale di Parigi decise di vendere all'Università un terreno di 6 ettari, al prezzo ridotto di 140 franchi il mq., pagabili in 50 anni; nonchè di concedere in affitto altri 19 ettari di terreno, al prezzo formale di 1 franco l'ettaro per ogni anno, onde far posto ai campi di gioco e sportivi.

Nel 1923 fu collocata la prima pietra della fondazione Deutsch de la Meurthe, la quale nel 1925 era già completa: edifizio contenente 280 camere per studenti e 60 per studentesse, che costituì il primo nucleo della città universitaria.

Grazie alla generosità del sig. David-Weill, il quale donò 250.000 franchi, venne costituita una « Fondation nationale pour aider au développement de la Cité universitaire » — mandataria dell'Università di Parigi — col programma di imprimere incremento all'istituzione.

Per primo il Canadà venne attratto nell'orbita e fece costruire, per i propri studenti, un padiglione di 45 camere, il quale venne inaugurato il 30 ottobre 1926.

A favore degli studenti del Belgio e del Lussemburgo, i coniugi Biermans-Lapôtre fecero costruire un magnifico edifizio di 220 camere, inaugurato il 7 novembre 1927.

Venne in seguito l'Argentina, il cui edifizio, di 75 camere, fu inaugurato il 27 giugno 1928.

A questo punto vari altri Paesi stranieri chiedono di contribuire alla città universitaria di Parigi, per modo che questa conterà tra poco molti nuovi edifizi, dovuti a varie Fondazioni: la Fondazione britannica, 300 camere; la Fondazione Satsuma per gli studenti giapponesi, 60 camere; la Fondazione degli Stati Uniti, 276 camere; la Fondazione svedese, 40 camere; la Fondazione olandese, 100 camere; la Fondazione spagnola, 150 camere; la Fondazione Marie-Nubar per gli studenti armeni, 74 camere; la Fondazione dell'Indocina, 100 camere.

Altri Paesi annunziano di voler costruire la loro casa degli studenti nella città universitaria di Parigi: la Grecia, la Danimarca, il Brasile, Cuba, la Czecoslovacchia, la Polonia, la Romania, la Svizzera, la Colombia, il Venezuela, il Perù. Probabilmente il loro esempio verrà seguìto.

D'altra parte l'Istituto agronomico francese farà sorgere pure un edifizio proprio, per 150 camere.

Intanto, grazie ad una nuova liberalità del sig. David-Weill, il dominio della città può essere ingrandito di altri 13.000 mq. ed una legge dovuta all'iniziativa di Poincaré e di Herriot estende a quasi 42.000 mq. i terreni contigui disponibili (grazie ad una sovvenzione di 15 milioni concessa dallo Stato).

La Fondazione nazionale ha stabilito che ogni quota di 50.000 franchi conferisce il diritto ad una camera. Grazie a questa disposizione, 24 camere sono subito state assunte da singoli municipi, 7 dalle grandi società ferroviarie, 4 dalla Commissione superiore dell'insegnamento tecnico, parecchie da privati.

A questo punto si poneva un nuovo problema, quello dei servizi generali: ristoranti, sale di riunione, sale per festeggiamenti, sale di coltura fisica, piscina, biblioteca, banca, ufficio postale, servizio medico, amministrazione generale ecc.

Alla realizzazione di questi scopi ha ora provveduto la Fondazione Rockefeller, assegnando più di 50 milioni di franchi a fondo perduto, e più 4 milioni di franchi per il funzionamento dei servizi generali nei primi tre anni.

Intanto le liberalità si moltiplicano. Così la famiglia Eugène Manheim ha assicurato una rendita annua di 9000 franchi per concorrere al mantenimento della biblioteca; il sig. Edmond Haraucourt ha donato una sua proprietà al mare, ecc.

Fin'oggi nella città universitaria di Parigi 2 fondazioni nazionali francesi dispongono di 490 camere, 1 fondazione coloniale di 100 camere e 10 fondazioni straniere di 1340 camere; ma, come si è visto, il loro numero aumenterà presto in modo notevole.

Si tratta di una grandiosa realizzazione, che attesta le simpatie generali di cui gode la Francia nel mondo e costituisce un'affermazione culturale e politica di prim'ordine.

Per eventuali informazioni, o per concorrere in qualsiasi modo all'iniziativa, rivolgersi al sen. Honnorat, rue Le Peletier 29, Paris (9e).

O. F.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XVIII. - Inabilità o infortunio per infezione malarica.

La giurisprudenza della Corte di Cassazione riconosce che, in dati casi, la infezione malarica può costituire causa di infortunio indennizzabile, come la infezione tetanica e carbonchiosa, cioè può costituire causa violenta inerente al rischio specifico del lavoro.

Recentemente la Corte ha riaffermato questo criterio, annullando una sentenza d'appello che aveva negato il rapporto di causalità specifica. Con sentenza 5 febbraio 1929 n. 528, la Corte di Cassazione ha così ragionato: « La difficoltà della prova del rapporto causale, che sussiste anche pel tetano e pel carbonchio, non può equivalere ad impossibilità, nè è richiesta la determinazione del momento preciso della puntura da parte dell'insetto; e se, come già altra volta questa Corte ebbe ad assodare, non dovesse bastare la presunzione determinata da inequivocabile corrispondenza tra l'infortunio ed occasione di lavoro, la legge sugli infortuni finirebbe per avere ben scarse possibilità di applicazione e non l'avrebbero forse mai le leggi che per infezione siffatta o per casi analoghi concedono *benefici di pensione;* non l'avrebbe mai l'art. 160 della legge sanitaria. Non è in quistione un concreto apprezzamento di fatto, ma il fondamentale principio di diritto che l'infezione malarica possa costituire in determinati e precisi casi rischi di lavoro e quindi infortunio di lavoro ».

Agli effetti dell'*infortunio* ha importanza anche la natura della *causa* (violenta). Per effetti più generali, in relazione al trattamento che la legge o regolamenti locali stabiliscono nei casi di morte, ferite o infermità dipendenti da causa di servizio, ha interesse il nesso tra infezione e lavoro o servizio. Da questo punto di vista, specialmente, è da considerare la sentenza sopra indicata.

XIX. - Medico condotto interino: stipendio; competenza.

L'amministrazione del Comune di Piedimonte d'Alife migliorò il trattamento economico dei medici condotti. Il dott. Di Nardo, che era medico *interino*, chiese che lo stesso trattamento fosse a lui fatto, sulla base del nuovo regolamento organico. Il Comune non aderì alla domanda. Contro questo provvedimento il medico interino ricorse alla G. P. A. in sede di tutela e poi, contro la determinazione di questa, al Governo del Re e, infine, al Consiglio di Stato in s. g. contro il provvedimento ministeriale. Frattanto, egli esercitò azione innanzi all'autorità giudiziaria, la quale si dichiarò incompetente. La Corte di Cassazione, con sentenza 28 febbraio 1929 n. 705, ha confermato questa risoluzione. In sede giudiziaria il dott. Di Nardo aveva chiesto che, previo avviso al Consiglio dell'Ordine dei Medici, fosse stabilito l'onorario dovutogli. Tuttavia, pur essendo così specificata la controversia, la Corte di Cassazione ha ritenuto che esattamente il magistrato adito abbia dichiarato improponibile l'azione sino a quando non fosse remosso, in sede di legittimità, cioè innanzi alla giurisdizione amministrativa, l'ostacolo costituito dai provvedimenti del Comune e dell'autorità tutoria.

È da osservare che oggetto di controversia non era il capitolato che stabiliva il nuovo trattamento economico: non vi era quindi una lite che dovesse essere risoluta in sede gerarchica, contro il provvedimento della G. P. A., che aveva approvato il nuovo capitolato. Ma la contestazione derivava dal fatto che il Comune aveva respinto la domanda del medico interino negando che al medesimo potesse esser fatto lo stesso trattamento economico stabilito per il titolare della condotta. Quindi, la competenza a conoscere di questa controversia, derivante dal rapporto d'impiego, spettava alla G. P. A. in sede giurisdizionale.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ASOLA (*Mantova*). — Scad. 6 mag.; 1° reparto; L. 9000 oltre L. 500-1800-2500 trasp., c.-v.; servizio ospedale con compenso indicato nel Capitolato; età lim. 39 a.; tassa L. 50,15.

CÁSSARO (*Siracusa*). — Scad. 20 mag.; L. 10.000 ridotte di L. 300.

CHIETI. *Amministraz. Provinc.* — Direttore della Sez. Med.-Microgr. del Labor. Prov. d'Ig. e Prof.; L. 16.000 e 4 quadrienni di L. 1000; L. 3000 serv. att.; 25 % proventi ricerche e analisi. Titoli ed esami. Scad. ore 12 del 15 giu. Età lim. 45 a. Chiedere annunzio.

CORATO (*Bari*). — Scad. 10 maggio; L. 7000 e dieci bienni di L. 250. Non indennità c.-v. nè di serv. att. Tassa L. 50,10 al Tesoriere Comunale. Rivolgersi alla Segreteria Comunale.

COSENZA. *Consorzio Provinciale antitubercolare.* — Direttore tecnico consorzio e Direttore Dispensario capoluogo. Stipend. L. 18.000 aumentabile L. 28.500 oltre serv. attivo L. 4500. Età 30-40 anni. Laurea conseguita da oltre 5 anni. Docum. di esper. clinica specializ. e di cultura igiene con spec. riflesso tubercolosi. Si terrà particolarmente conto titoli tecnica laborat. e di Radiologia. Documenti e domande entro un mese dall'11 aprile.

CREVALCORE (*Bologna*). — Scadenza 10 mag.; 2ª cond.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi dal 3 apr.; L. 8800 e 5 quadrienni dec., oltre L. 720 c.v., L. 3000 cav. o L. 300 bicicl.; eventuale ampliam. senza maggiori compensi.

PIACENZA. *R. Prefettura.* — Uff. sanit. e medico capo del comune di Piacenza. Il termine per la presentazione delle domande, già annunziato pel 30 aprile, è prorogato al 15 maggio.

ROCCAPIEMONTE (*Salerno*). — Scad. 7 mag.; L. 6500 (*sic*) e 4 quadrienni dec.

ROMA. *Ministero della Marina.* — È bandito un concorso per la nomina di 11 tenenti medici in servizio permanente.

Potranno parteciparvi i laureati in medicina e chirurgia che non abbiano oltrepassato il 30° anno di età alla data del 10 aprile 1929.

Gli esami avranno luogo in Roma il mattino del 1° luglio 1929.

Le domande di ammissione al concorso, corredate dai prescritti documenti, dovranno pervenire al Ministero della Marina entro il 5 giugno p. venturo.

Copia della notificazione di concorso e del programma degli esami potrà essere richiesta direttamente al Ministero della Marina (Direzione generale del personale e dei servizi militari e Direzione centrale di Sanità), alle Direzioni degli Ospedali militari marittimi di La Spezia, Taranto, Venezia, Pola, Maddalena, alla Direzione dei servizi sanitari della Regia Marina di Napoli e a quella dell'Infermeria di Brindisi.

ROVIGO. *R. Prefettura.* — Uff. san. del consorzio Delta Padano; resid. a Taglio di Porto Viro; L. 36.000 oltre L. 12.000 automobile; esclusi altri compensi; divieto lib. eserc.; titoli ed esami; ab. 60.000 circa. Scad. ore 16 del 31 mag. Tassa L. 50,10 alla segreteria dell'Amministraz. del Consor. Chied. annunzio.

TARANTO. *Amministrazione Provinciale.* — Direttore Sanitario Consorzio Provinciale Antitubercolare. Per titoli ed esame. Stip. iniz. L. 18.000, suscettib. di 5 aumenti quadr. del decimo, oltre indenn. serv. attivo L. 6000 annue. Inibita lib. professione. Residenza Taranto. Età massima 45 anni. Scadenza termine present. documenti ore 12 dell'8 giugno.

Medico, docente Patologia Medica Università Roma, titoli superiori, assumerebbe interinalmente posto Primario Medico, oppure Direzione Ospedale, Istituto, Casa Salute, Dispensario, ecc. probabilità nomina effettivo. Scrivere: Giuseppe Paiella - Roma, Piazza Pantheon (Bar Antonelli).

CONCORSI A PREMI.

Associazione Nazionale Fascista Medici Condotti.

Viene indetto un concorso fra i medici condotti d'Italia per lo svolgimento del tema « che cosa può fare il medico condotto per orientare le coscienze, particolarmente dei centri rurali, verso la medicina preventiva e l'assistenza nella convalescenza delle malattie ». Il tema dovrà essere trattato in maniera molto succinta ed a contenuto essenzialmente pratico. I 4 migliori lavori saranno premiati con medaglia d'oro e d'argento e pubblicati sul bollettino; l'esito del concorso sarà reso pubblico al prossimo Congresso. Scad. 30 ag.; solite modalità. Indirizzare i manoscritti al dott. Arnaldo Lusignoli, presso la sede sociale (via Modena 5 - Roma).

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Concorso al premio quinquennale di L. 500 fondato dall'Accademia Medico-Fisica Fiorentina e dalla Società Filoiatrica di Firenze per favorire il progresso della Chirurgia in Italia e per onorare e perpetuare la memoria dell'illustre prof. Ferdinando Zannetti. Tema per il concorso: « Studi sperimentali sulla influenza generica e specifica delle ghiandole a secrezione interna sullo sviluppo e rigenerazione dei tessuti ». Scad. 31 dicembre 1929.

Concorso al premio triennale Galligo per lavori di sifilografia e pediatria, di L. 500 istituito dal fu cav. dott. Isacco Galligo. Scad. 31 dic. 1929.

Chiedere i regolamenti dei due concorsi. Rivolgersi alla sede dell'Accademia, via Alfani 33, Firenze.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il Colonnello Medico dott. Filippo Caccia, già Direttore dell'Ospedale Militare di Bologna, è stato nominato Direttore di Sanità del Corpo d'Armata di Roma.

Rallegramenti ed auguri.

L'Università di Parigi ha conferito il grado di dottori *honoris causa* al prof. William S. Thayer, presidente dell'Associazione Medica Americana, e al prof. Charles Sherrington, dell'Università di Oxford.

L'Università di Berlino ha conferito il grado di dottore *honoris causa* al dott. Abraham Flexner, direttore dell'Istituto Rockefeller di New York.

La Facoltà medica di Vienna ha chiamato da Praga il prof. Otto Poetzl a dirigere la Clinica neuropsichiatrica, in sostituzione del prof. Julius Wagner von Jauregg, il quale va a riposo per limiti d'età.

Un premio di 1000 dollari, stanziato dall'Associazione Americana per il Progresso delle Scienze, è stato assegnato al dott. Oliver Kamm, direttore del dipartimento chimico della Ditta Parke, Davis e Co. di Detroit (Stati Uniti), il quale è riuscito ad isolare i due ormoni del lobo posteriore dell'ipofisi: α e β, detti anche, commercialmente, pitocina e pitressina, di cui il primo è ossitocico, il secondo regola la pressione sanguigna e l'eliminazione di acqua e quindi la vitalità dei tessuti. Per ottenerli allo stato depurato, in quantità minime, vi è richiesto l'impiego di migliaia di ipofisi di bovini.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Cagliari.

Corso di perfezionamento sulla tubercolosi.

In questi giorni si è chiuso il corso di perfezionamento sulla tubercolosi, per laureati in medicina e chirurgia, tenuto dal chiarissimo prof. Luigi Ferrannini, direttore della R. Clinica Medica di Cagliari.

Il concorso dei medici è stato veramente lusinghiero, poichè gli inscritti, nel numero di 38, hanno assiduamente frequentato con interesse e diligenza sia le lezioni ufficiali che le dimostrazioni pratiche.

Il prof. Ferrannini, che ha voluto dare a questo corso un indirizzo prettamente pratico, ha svolto, con la valentìa e la chiarezza che lo distingue, tutto quanto concerne la diagnosi e la cura delle malattie tubercolari, tralasciando con intenzione la trattazione di quegli argomenti che — per il loro carattere dottrinale — hanno meno importanza per il medico pratico.

Dopo aver trattato con sobrietà e chiarezza della costituzione individuale e della predisposizione alla tubercolosi, ha svolto con lucida sintesi, i concetti di pre-tubercolosi e di pseudotubercolosi. Indi ha trattato, con ricchezza di particolari, della semejologia fisica dell'apparecchio respiratorio in rapporto alle malattie tubercolari, e della cura sia specifica, che sintomatica. Nelle ultime lezioni infine ha presentato alcuni casi clinici che ha brillantemente illustrato.

Una valida collaborazione hanno portato: il prof. Pietro Luridiana, direttore dell'Ospedale antitubercolare, che ha spiegato un'attività veramente zelante e proficua trattando la clinica del pneumotorace e facendo delle dimostrazioni pratiche sugli ammalati ricoverati all'Ospedale; il dott. Plinio Atzeni Tedesco, assistente della R. Clinica Medica, che ha svolto la parte di ricerche di laboratorio utili per la diagnosi di tubercolosi (indagini chimiche e biologiche sugli espettorati, sul sangue e sulle urine); il dott. Carlo Orrù, direttore del Dispensario Antitubercolare, che ha trattato dell'organizzazione dispensariale; il cav. Mathieu che ha svolto la parte legislativa sulla previdenza ed assicurazione sociale.

A rendere ancora più solenne questo corso, ed a plaudire la bella iniziativa del prof. L. Ferrannini è venuto a Cagliari per la prima volta l'illustre Maestro on. sen. Edoardo Maragliano, che con la sua parola illuminata di scienziato e di perfetto conoscitore di malattie tubercolari ha tenuto tre conferenze nell'Aula Magna della R. Università. Egli ha parlato del modo come si ammala di tubercolosi, della diagnosi di questa e della cura, con speciale riguardo all'immunoterapia ed alla vaccinoterapia.

Questo primo corso di tisiologia che si è tenuto a Cagliari è riuscito veramente superiore ad ogni aspettativa, non solo per il largo concorso di medici, ma anche per la magnifica e perfetta organizzazione, e facciamo perciò voti che anche negli anni venturi possa ripetersi.

Pubblichiamo intanto i nomi dei medici che hanno frequentato questo corso:

Asuni M., Biddau I., Bonu B., Cancedda M., Carta E., Casu C., Cossu D., Daga U., Demontis F., Deplano E., Fernando G., Gennari G., Giacobbe M., Leone C., Loi V., Maccioni A., Meloni S., Mereu M., Murgia L., Orrù F., Pala L., Pergola A., Pilloni P., Pirastu V., Pisano A., Pisano E., Piu M., Porru G., Puddu A., Salis F., Schivo V., Sionis P., Stochino P., Sussarello M., Tanca A., Taramelli D., Thorel E., Trincas G.

P. A. T.

NOTIZIE DIVERSE.

XX Congresso Nazionale di Idrologia, Climatologia e Terapia Fisica.

Si terrà alla Spezia, dal 4 al 6 ottobre 1929. Il giorno precedente l'inaugurazione, avrà luogo la « giornata del reumatismo cronico », promossa dall'Associazione medica italiana di idrologia, climatologia e terapia fisica e nella quale saranno relatori: il prof. Sante Pisani, di Acqui, il prof. Enrico Ronzani, direttore degli Istituti Ospedalieri di Milano, il prof. Gastone Gherardi di Milano ed il prof. Cesare Giannini di Roma.

I temi di relazione ufficiale del Congresso di Idrologia sono: 1) L'uva e le frutta nelle stazioni di cura; relatore: prof. Luigi Devoto. 2) La climatologia ligure lunigianese; relatori: proff. Carlo Caselli, Ubaldo Formentini, Giovanni Podenzana. 3) Le acque minerali della regione di Equi; relatori: prof. Metello Francini e ing. Carlo Tonelli. 4) Cure balneario-marine; relatori: proff. Pellegrini e Zonder.

Contemporaneamente al Congresso sarà inaugurata una esposizione di uva da tavola e di frutta ed una esposizione di fotografie della regione.

La tassa di iscrizione è di L. 25: iscrizioni e comunicazioni vanno inviate alla Presidenza del Comitato organizzatore del XX Congresso di Idrologia e Climatologia, presso la Croce Rossa, Spezia. Per la « giornata del reumatismo » non è stabilita alcuna tassa di iscrizione; chi desidera partecipare alle discussioni sul « Reumatismo » è pregato di iscriversi presso la Presidenza dell'Associazione di Idrologia, Climatologia e Terapia fisica, Milano, via S. Barnaba, 8.

Accademia Lancisiana di Roma.

L'11 corr. ha avuto luogo presso l'Ospedale della Consolazione in Roma, la seduta dell'Accademia Lancisiana. Il Presidente, aperta la seduta, fece iniziare le comunicazioni. Il dott. Di Porto

parlò del Novantimeristen Schmidt nella cura del cancro, illustrando i risultati da lui ottenuti. Il prof. R. Bompiani illustrò un caso di gravidanza extrauterina oltre il termine, accompagnata da enorme poliammios.

Il prof. G. Mendes presentò quindici casi da lui curati con collassoterapia bilaterale simultanea; il prof. Margarucci ed il dott. Santoro presentarono un malato operato di invaginazione ileociecocolica.

Presero parte alla discussione i proff. D'Avack, Fioretti, Margarucci e il dott. Ruscica.

Unione internazionale contro la tubercolosi.

Terrà la sua VII Conferenza ad Oslo nel settembre 1930. Presidente dell'Unione è stato eletto il prof. Frolich, di questa città.

Lega francese dei trasporti sanitari.

È stata costituita recentemente ed ha proceduto alla nomina delle cariche; presidente onorario è stato eletto il maresciallo Lyautey; presidente effettivo l'on. Le Troquier, ex ministro; segretario generale il dott. A. Gauthier, colonnello medico della Riserva e già commissario medico alla Società delle Nazioni.

Associazione Generale dei Medici Francesi.

Il 1° marzo si è tenuto il Consiglio generale dell'Associazione; l'8 aprile ebbe luogo l'assemblea generale.

Prossimi congressi tedeschi.

Segnaliamo i seguenti congressi tedeschi: 16-18 maggio, Königsberg, Società Tedesca degli otorino-laringologi; 21-24 maggio, Kiel, Società Tedesca di fisiologia; 22-25 maggio, Lipsia, Società tedesca di ginecologia; 23-25 maggio, Bad Pyrmont, adunanza tedesca sulla tubercolosi; 23-25 maggio, Danzica, Lega tedesca di psichiatria.

Corsi accelerati di tisiologia organizzati dal Consorzio provinciale antitubercolare di Palermo.

Il Consorzio provinciale antitubercolare di Palermo ha istituito due corsi accelerati di tisiologia per medici; hanno carattere di brevità affinchè possano essere frequentati in special modo dai medici condotti. Ciascun corso ha la durata di 20 giorni; il primo si svolge dal 15 aprile al 5 maggio; il secondo avrà luogo dal 10 al 30 maggio. Le lezioni sono impartite dai proff. Manfredi, Soli, Cannata, Calandra, Fici, Sagona e si svolgono nell'Istituto Provinciale Antitubercolare, nel Sanatorio Cervello, nell'Istituto d'Igiene, nell'Istituto di anatomia patologica, nella Clinica Pediatrica e nell'Ospizio Marino.

La tassa di iscrizione è di L. 150, ridotta a L. 75 se il candidato è medico condotto. Alla fine del corso si rilascia un attestato a ciascun frequentatore che abbia dimostrato assiduità e diligenza. Le domande d'iscrizione vanno inviate alla segreteria del Consorzio Provinciale Antitubercolare di Palermo, via Macqueda, 104.

Corsi di perfezionamento a Strasburgo.

La Facoltà medica di Strasburgo annunzia i seguenti corsi di perfezionamento:

1) sulla radiodiagnosi della tubercolosi polmonare e delle malattie delle vie respiratorie, dal 24 al 30 giugno; tassa fr. 300; iscrizioni presso il dott. E. Vaucher (Quai Finswilber 8);

2) di oto-rino-laringologia, dal 1° al 14 luglio; tassa fr. 400; iscrizioni presso il prof. Georges Canuyt (Nouvelle Clinique Oto-Rhino-Laryngologique).

Ambulatorio Stomatologico a Torino.

Il prof. Mario Donati, direttore della Clinica Chirurgica della R. Università di Torino, ha istituito un Ambulatorio ed un Reparto Clinico specializzato per le malattie della bocca e dei mascellari. Questa provvida iniziativa preludia alla istituzione di una Cattedra per l'insegnamento ordinario della Stomatologia.

All'Istituto Eremo di Lanzo.

L'Istituto climatico dell'Eremo di Lanzo ha aumentato il numero dei suoi Padiglioni con uno nuovissimo, costruito ed adattato secondo i più moderni dettami della scienza sanitaria, inaugurato alla presenza della Duchessa di Pistoia, di S. E. l'Arcivescovo cardinale Gamba, di S. E. il senatore Cremonesi, Presidente generale della Croce Rossa e delle autorità di Torino e di Lanzo.

Una nuova istituzione per lattanti a Lugano.

La città di Lugano (Canton Ticino) possiede numerose benefiche istituzioni a favore dell'infanzia e molto viene fatto dalle autorità per educare la popolazione all'idea della solidarietà e del mutuo aiuto. Molto, naturalmente, rimane ancora da fare sopratutto per l'assistenza ai fanciulli al disotto dei 4 anni. Appunto in vista di questa deficienza sta per sorgere a Lugano la « Casa per i lattanti » che a lato della « Culla Arnaboldi » e del padiglione ospitaliero infantile fondato da Emilio Maraini, verrà a costituire e a completare il « Dispensario e lactarium luganese per lattanti ».

Fin dal 1918 si era iniziata la raccolta dei fondi necessari per questa grandiosa istituzione e il 15 giugno 1928 venne costituita l'associazione denominata « Nido d'Infanzia » con i seguenti scopi: *a*) Ricoverare neonati, bisognosi di cura; *b*) Ricoverare lattanti sani, i cui genitori sieno temporaneamente impossibilitati ad occuparsene; *c*) Ricoverare e curare lattanti affetti da disturbi digestivi; *d*) Preparare infermiere e visitatrici per lattanti; *e*) Diffondere in vari modi le norme per un razionale ed igienico allevamento del bambino.

Il « Nido d'Infanzia » è costituito da soci che versano annualmente almeno 5 franchi; soci fondatori sono quelli che nel 1929 verseranno almeno 200 franchi; soci benemeriti quelli che daranno una quota di 1500 franchi per un lettino gratuito intestato al donatore; contribuenti quelli che verseranno una quota di 20 franchi ogni anno per 5 anni.

Subito per la spontanea generosità di un concittadino anonimo si è potuto acquistare lo stabile, sede del Nido d'Infanzia, e appena i lavori di adattamento saranno ultimati, si aprirà la nuova istituzione, mercè fondi che si sono raccolti in breve spazio di tempo dai numerosi soci benemeriti e fondatori.

Nuove borse di studio per l'Università di Pavia.

L'industriale pavese comm. dott. Marco Biroli, ha donato, in memoria del proprio padre, al Rettore dell'Università di Pavia L. 100.000 per una Borsa triennale di L. 3000 l'anno a favore di uno studente, per compiere l'ultimo triennio di medicina, e una Borsa annuale di L. 2000 per un laureato che si sia distinto con un lavoro in neuro-patologia.

La beneficenza negli Stati Uniti.

Secondo una stima della « John Price Johnes Corporation » di New York, nel 1928 vennero elargiti, a scopo di beneficenza, negli Stati Uniti, 2.330.600.000 dollari, pari ad oltre 40 miliardi di lire it., il che segna un notevole aumento rispetto all'anno precedente.

La maggior parte di questa somma formidabile, che ha dell'inverosimile, venne destinata a scopi religiosi. Molte elargizioni vennero anche fatte per scopi sanitari.

Alla testa dei contributori sta il compianto Payne Whitney, di New York, il quale lasciò più di 45 milioni di dollari per ospedali, università e biblioteche; di essi, più di 18 milioni sono destinati al « New York Hospital », che, insieme alla « Cornell University Medical School », provvede, ora, a far sorgere un grandioso Centro Medico, che costituirà la maggiore Scuola Medica del mondo.

Viene, poi, la Fondazione Rockefeller; molte delle sue elargizioni sono andate a benefizio di altri Paesi. La più elevata fu quella di 12 milioni di dollari, a favore della Cina. — La Rockefeller contribuisce, così, efficacemente all'affratellamento internazionale, ma compie anche opera di americanizzazione. Personalmente il sig. Rockefeller ha elargito 2 milioni di dollari alla Cité Universitaire di Parigi, 1 milione all'Università di Chicago, mezzo milione per gli ebrei di Russia.

Nell'organizzazione Rockefeller.

La « Rockefeller Foundation » e il « Laura Spelman Rockefeller Memorial » si sono unificati nella « Rockefeller Foundation », onde evitare duplicati e interferenze. La nuova Fondazione viene a disporre di un capitale di 264 milioni di dollari, pari ad oltre 5 miliardi di lire it. Essa ha prevalentemente lo scopo di promuovere il benessere sociale, migliorando la salute pubblica. Ne rimane indipendente l'« International Education Board », anch'esso creato dalla famiglia Rockefeller.

Viene costituito un nuovo Ente, lo « Spelman Fund », per continuare l'attività del « Laura Spelman Rockefeller Memorial » nel campo della tutela dell'infanzia, delle intese tra i popoli e della cooperazione con gli uffici pubblici.

Il numero dei medici in Austria.

L'Ufficio Statistico della Repubblica Austriaca ha compilato una relazione da cui risulta che al 2 luglio 1928 erano iscritti 8041 medici esercenti, contro 7169 del 31 dicembre 1927. Per Vienna, alle stesse date si hanno le cifre di 4519 e 4051. Nella capitale dunque è concentrata più della metà dei medici dell'Austria.

La meccanica del cervello.

Il prof. Ivan P. Pavlow, coadiuvato da altri studiosi russi, ha preparato una cinematografia, in cui sono condensati i risultati di anni di ricerche sulle funzioni cerebrali. Egli tende a dimostrare come i riflessi siano alla base dell'attività neuro-psichica; come si producono i nuovi riflessi e come scompaiono (sotto l'azione di malattie organiche) quelli costituiti; illustra tutta l'importanza dei riflessi condizionali.

La cinematografia, già proiettata in vari centri scientifici, ha destato vivo interesse.

"Nord-Sud".

Dal 10 al 26 settembre si svolgerà il 6° viaggio organizzato in Italia dall'Enit per i medici stranieri. Come i precedenti, sarà diretto dal prof. Guido Ruata.

Verranno visitate le stazioni idroclimatiche delle Dolomiti, il lago di Garda, la Riviera toscana, Montecatini, Viareggio. Il prezzo è di L. 1600, tutto compreso, da Merano a Viareggio; riduzioni del 50 % per il viaggio dalla e alla frontiera. Il numero massimo delle iscrizioni è fissato in 150. Per informazioni rivolgersi all'Ente Nazionale Industrie Turistiche, via Marghera 6, Roma.

La giornata medica di Milano.

Circa 200 medici hanno partecipato alla giornata medica della Fiera di Milano, iniziatasi con una conferenza del prof. Prassitele Piccinini, il quale illustrò lo scopo della manifestazione. Il vice segretario della Fiera rag. Pinna Berchet dette il benvenuto agli ospiti e poi si unì al Piccinini per guidare la comitiva attraverso i padiglioni.

La sera una trentina di medici stranieri che avevano partecipato alla giornata medica, si recarono a rendere omaggio al Podestà sen. De Capitani, che li ricevette unitamente al vice-Podestà ing. Gorla e al segretario generale avv. Pozzi ed offrì loro un rinfresco.

L'indomani mattina il Podestà accompagnò i graditi ospiti a Garbagnate.

Esposizione medica artistica a New York.

La 3ª esposizione annuale medica artistica di New York si è tenuta presso l'Accademia di Medicina di questa città, dal 1° al 15 febbraio, a cura del « Physicians' Art Club ». È stata organizzata dal dott. Hermann Fischer, East Eighty-Fourth Street 35, New York.

Infortuni di sanitari.

Presso il Tribunale di Cuneo si è svolto un processo contro il radiologo dott. De Bernardi, imputato di omicidio colposo per aver cagionato, con una cura di radium, la morte di una paziente affetta da diffusa ipertricosi al viso. I periti ed i testi hanno concordemente escluso ogni colpevolezza, affermando che la tecnica era stata irreprensibile e che la morte doveva attribuirsi ad una particolare e inesplicabile sensibilità della donna. Il Tribunale ha pronunziato sentenza di piena assoluzione.

* * *

Il dott. Dalton Wilson, anestetista del Walker Hospital a Evansville (Indiana, Stati Uniti) è

stato ucciso dall'esplosione di una bombola di gas etilene. Mentre egli tentava di ripararla, si determinò una scintilla, che provocò l'esplosione. Il suo assistente rimase ferito. Una parte dell'ospedale venne fortemente danneggiata.

Vittima dei raggi X.

Nella « Hull Royal Infermary » di Londra una piccola paziente è rimasta fulminata durante una radiografia, per l'inesperienza di una suora.

Morte di una filantropa.

Si è spenta a Parigi la sig.ra Edward Truk, un'americana che durante la guerra ebbe a prodigarsi con impareggiabile altruismo in Francia. Fondò e organizzò un ospedale, a Rueil; adottò centinaia di bambini; recò soccorso a centinaia di famiglie e di profughi. Provvedeva anche cibi, vestiari e denaro ai combattenti.

Veniva secondata e coadiuvata dal marito.

Il Governo francese le conferì le insegne di cavaliere della Legione d'Onore e poi la promosse ufficiale. L'Accademia di Francia votò un plauso in suo onore, fatto unico nella storia di questo sodalizio.

Abolizione della pena capitale in Inghilterra.

La Camera dei Comuni ha approvato, con 119 voti contro 118, una legge proposta dal ten. col. Kenworthy per la sostituzione della pena di morte con la condanna all'ergastolo, a vita.

Il più antico esempio di abolizione della pena di morte venne dato dalla Finlandia, nel 1826. Molto tempo dopo seguirono il Belgio, 1863; la Romania, 1864; il Portogallo, 1867; l'Olanda, 1870; l'Italia, 1889 (da poco è stata ripristinata la pena di morte, ma solo per certi delitti politici); la Danimarca, 1892. Nel secolo attuale abbiamo la Norvegia, 1905; la Colombia, 1910; l'Austria 1918; la Svezia, 1921; l'Argentina, 1922. Lo stesso provvedimento è stato anche adottato in singoli Stati delle Nazioni federali, e cioè nel Queensland (Australia), in molti Stati della Germania e in 8 degli Stati Uniti.

Un motto di Foch.

Il maresciallo Foch ha lasciato scritto: « Un tempo avevo per divisa: *Scienza e coscienza.* Avevo torto : è la coscienza che va messa avanti la scienza ».

GIACOMO BUFALINI.

Una fulminea infezione troncava il 4 aprile u. s. in un albergo a Roma, dove era di passaggio, la vita di un esimio chirurgo, GIACOMO BUFALINI, da pochi giorni a riposo, primario chirurgo dell'Ospedale di Carrara.

La figura di Giacomo Bufalini è fra quelle dei chirurghi italiani primari di ospedale una delle più notevoli.

Sebbene avesse 68 anni, essendo nato il 13 aprile 1861 a Forlì dalla famiglia del celebre Maurizio Bufalini, era ancora vegeto, di aspetto giovanile, pieno di attività e di entusiasmo per la chirurgia, sempre bramoso di tenersi al corrente e di accrescere il suo già grande patrimonio di sapere.

Laureato a Bologna, allievo di Loreta, poi assistente di Giommi all'Ospedale di Cesena, dopo avere trascorso un anno all'estero (Vienna, Berlino, Londra con Lister) a 28 anni, in seguito a concorso, divenne primario dell'Ospedale di Carrara, a cui dedicò più di 40 anni della sua attività intensa e benefica.

Durante questo periodo Egli, educato alla scuola preasettica, andò a poco a poco perfezionandosi, seguendo i progressi incessanti della Chirurgia di questi anni di transizione dalla vecchia e pericolosa chirurgia alla mirabile chirurgia moderna; ed era diventato sulla guida dell'auto-esperienza un chirurgo moderno, mai in arretrato sugli altri, che esercitano nei grandi ospedali o nelle Cliniche.

Della sua produzione scientifica e pratica è da ricordare che Egli fu uno dei primi in Italia [ed è certamente fra quelli che hanno operato con successo un maggior numero di casi (5)] a praticare la sutura del cuore. Su questi 5 casi (2 volte il ventricolo destro, due volte il sinistro, una volta l'orecchietta destra) egli ebbe 4 guarigioni ed anche nel caso seguito da morte e nel quale esisteva anche una ferita del fegato la necroscòpia dimostrò la perfetta tenuta della sutura cardiaca.

Il suo metodo con incisione a T, con sezione della 4ª e 5ª cartilagine costale in vicinanza dello sterno e con incisione dello spazio intercostale corrispondente permette rapidamente, senza formazione di lembi toracici e con facile ricostruzione successiva, una completa visione del cuore, come ho potuto io stesso constatare nell'unico caso di sutura del cuore che mi è capitato.

Da oltre 20 anni insegnava Anatomia pittorica nella R. Accademia di Belle Arti di Carrara.

Ben voluto da tutti, fece dell'esercizio chirurgico un vero apostolato.

Ha vissuto per la famiglia e per i figli di cui due sono medici e seguono le orme del padre. Io che ho la fortuna di avere per aiuto il figlio Maurizio ho potuto vedere come Egli ne curasse lo studio e si commovesse con entusiasmo di ogni suo progresso.

La famiglia, la città di Carrara, l'Italia, la Chirurgia Italiana hanno perduto un uomo che merita di essere segnalato ad esempio per la sua vita privata, pubblica, professionale, scientifica.

D. Taddei.

Il 12 aprile è morto in Catania il prof. FRANCESCO CARUSO, titolare di Clinica Ostetrica dell'Ateneo. Il prof. Caruso nacque nel 1860; si laureò in medicina a Napoli; nel 1895 conseguì la libera docenza. Diresse le Cliniche di Novara, di Cagliari e da 22 anni quella di Catania. Numerose furono le sue pubblicazioni. Quelle sul taglio cesareo destarono il maggiore interesse. Le sue lezioni erano frequentatissime perchè Egli era felicissimo nella esposizione.

Uomo di aperto carattere e di tempra adamantina, lottò talvolta con grandi amarezze, perchè alla sua clinica non fossero mancati i mezzi dignitosi di insegnamento.

Amò gli studenti che oggi lo rimpiangono insieme al Corpo Accademico nel quale era stimato ed apprezzato.

A. T.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 31 mar. — L. Lazzarini. Leucemia da raggi Roentgen. — G. Mauro. Il metodo palpatorio M. Ascoli per la delimitazione dell'aia cardiaca.

Giorn. di Batteriol. e Immunol., mar. — E. Barbanti Silva. Persistenza dei microrganismi patogeni negli animali vaccinati. — P. Occhioni. Reazione di Meinicke con l'antigene colorato.

Med. Ibera, 30 mar. — R. B. García. L'insufficienza cardiaca.

Wien. Klin. Woch., 4 apr. — Paltauf. Via d'ingresso del virus linfogranulomatoso. — Goedel. Ingrandim. straordinario del cuore nella stenosi mitralica. — Coronini. Cellule basofile granulose nel sistema capillare del fegato.

Presse Méd., 3 apr. — R. Leriche. Le basi fisiologiche della chirurgia.

Quaderni di Psich., gen.-feb. — Numero su Enrico Morselli.

Endocrinology, nov.-dic. — C. Reid. Meccanismo della fatica muscolare. — E. Sharpey-Schofer. Effetti della denervazione di un'area cutanea.

Pensiero Med., 31 mar. — A. Marras. Acridinoterapia dell'infez. blenorragica.

Arch. f. Sch.- u. Tr.-Hyg., apr. — M. E. Wolski e E. M. Schewelewa. La bilirubinemia nella malaria. — H. Epstein e S. Tarassow. La cosidetta febbre fangosa o acquosa.

Zbl. inn. Med., 6 apr. — W. Bahr. Poliomielite ant. acuta in adulto.

Zeitschr. f. Tuberk., apr. — A. Calmette. Allergia tubercolinica e immunità antitubercolare. — H. Siegel. Inalazioni di calcio nella tbc. polm.

Journal A. M. A., 23 mar. — O. Riddle. Sessualità, riproduz. e secrez. interna. — D. P. Barr e al. Iperparatiroidismo. C. F. McClintic. Trattamento di ulcere trofiche mediante iniez. d'alcool nei vasi sang. — G. Kolischer. Shock proteinico nelle nefriti.

Bull. Feder. Naz. Fasc. Lotta contro la Tbc., gen.-feb. — U. Carpi. La chemioterapia nella tbc. polmon.

Mediz. Klinik, 5 apr. — T. Brugsch e W. Grunke. Debolezza circolatoria nelle mal. infett. — E. Leshke. Disturbi plurivegetativi.

Rev. Méd. de Barcelona, feb. — L. Blum. Sindrome azotemica grave da mancanza di sale.

Lancet, 6 apr. — G. Evans. Acido fenil-cinconinico nella cura della gotta.

Brit. Med. Journ., 6 apr. — W. Vining. Il bambino debilitato. — P. Manson-Bahr e H. Willoughby. Studio critico sulla febbre ondulante.

Bull. Ac. de Méd., 27 mar. — G. Blanc e al. Azione del siero antiamarillico e del siero contro la peste suina sul virus della dengue.

Revue Belge des Sc. Méd., feb. — P. Van Goidsenhoven. Trattam. della trombopenia essenz. con la legatura dell'a. splenica.

Revue Neurol., feb. — Numero sulla riunione neurologica di Strasburgo.

Id., mar. — J. Grossmann. I nuovi riflessi patologici. — A. Bernard e C. Jung. Cremnofobia.

Deut. Med. Woch., 5 apr. — Veil. Trattam. delle affezioni reumatiche. — Sioli. Risultati delle ricerche sull'encefalite.

Mediz. Welt, 6 apr. — W. Hellprach. Patomorfosi. — C. Prausnitz. Nuove vie per l'immunizzazione antitubercolare.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. Ascoli, Red. resp.

ANNO XXXVI Roma, 6 Maggio 1929 Num. 18

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

La via rettale nell'applicazione della dieto-terapia epatica.

Nota preventiva.

Dott. ANTONIO SACCHI.

La cura italo-americana (Castellino-Pirera 1912, Whipple 1920, Minot e Murphy 1926) del fegato nel trattamento dell'anemia di Biermer ha ormai una sì vasta letteratura probativa da metterne fuori di discussione l'efficacia a volte in vero sorprendente se pur non definitiva. Superfluo sarebbe pertanto da parte mia il portare qualche caso personale ad arricchire la già ricchissima casistica e mi limiterò invece a toccare tre questioni inerenti alla cura stessa che per essere molto discusse possono avvantaggiarsi di ogni contributo.

Serve la dieto-terapia epatica anche nelle anemie secondarie? Contrariamente all'opinione di molti autori io per quanto viene da mie esperimentazioni posso rispondere affermativamente. Non generalizzo — giusto l'avvertimento del Sorge — tanto da non comprendere ad esempio come Stanley Davidson, J. Mc. Crie e G. Lowel (*Lancet* n. 18, 1928) abbiano ottenuto da questo trattamento buoni risultati nella sintomatologia tabetica, ma d'altra parte come dice il Trambusti (*Rinnovamento Medico* n. 1, 1929) « i risultati sperimentali e le osservazioni cliniche stanno a dimostrare una indiscussa efficacia del fegato anche nelle anemie secondarie ». Io in due casi di anemia perniciosa gravidica ho ottenuto ottimi risultati tanto da potermi esimere dalla terapia classica dell'interruzione della gravidanza riconfermando i risultati ottenuti dal Fronticelli in un suo caso (*Umbria Medica* n. 3, 1928). In uno dei due casi su ricordati ebbi modo di constatare l'azione diuretica del fegato primieramente rilevata dal Groszmann (*La Presse médicale*, n. 27, 1928), azione che si rese manifesta con una cospicua diuresi seguita dalla rapida scomparsa degli edemi. Ad ogni modo — a questo riguardo — ben più significativo è stato un caso di idrope ascite

da cirrosi epatica nel quale — dopo che avevano fallito il cloruro di calcio, l'adonide e lo stesso novasurol — con il fegato — istituendosi una diuresi abbondantissima — cinque litri il terzo giorno, otto il quarto, otto il quinto, tre e mezzo il sesto — fu risparmiata al paziente — sia pure pro tempore — la paracentesi.

Servono gli estratti epatici così come la dieta? No. Dallo stesso estratto originale di Cohn io non ho tratto che pallide risultanze cliniche riconfermando quanto ebbe a provare il Van Caulaert (*Gazette des hôpitaux*, n. 25, 1928) e contrariamente a quanto ottenne fra gli altri il Tzanck (Relazione alla Società degli ospedali di Parigi in data 29-6-1928).

E veniamo alla terza questione — sintesi dirò così delle precedenti — alla quale mi lusingo di apportare un personale coefficente di soluzione che presento alla critica di altri sperimentatori.

Data la specificità del fegato in toto nell'anemia perniciosa, dato il suo grande valore in altre forme di anemia, data l'azione aleatoria degli estratti e l'elevatissimo costo dei migliori (originali), data la ripugnanza che molti soggetti hanno per la dieta epatica— ripugnanza che salvo casi specifici — è in diretta relazione con l'ipo o l'anacloridria tanto da diminuire con il migliorare della secrezione gastrica la quale alla sua volta migliora con il rifiorire delle condizioni generali, abbiamo noi un mezzo efficace — più efficace degli estratti — per somministrare questo dirò così presidio (ormone? stimolo?) epatico?

Si. Tenuta in sospensione la poltiglia ricavata dalla raschiatura di 250 gr. di fegato crudo in circa 800 gr. di soluzione glucosata, tepida, io la somministro in due riprese — previo clistere di pulizia — per via rettale. La sospensione viene solitamente trattenuta: in caso diverso si può ricorrere al goccia a goccia. È particolarmente in uno dei su ricordati casi di anemia gravidica, nel quale per la presenza di vomiti incoercibili era assolutamente impossibile la somministrazione del fegato per os e nel quale gli estratti non avevano minimamente corrisposto, che ebbi dal metodo il più lusinghiero dei risultati in un mese di cura con sessanta clisteri.

Successivamente fu possibile continuare la cura per os. Come cominciai il trattamento le condizioni della paziente — B... Maria di anni 27 di qui — erano le seguenti: quartipara al 6° mese di gestazione con feto vivo. Colorito terreo della pelle, mucose e letto ungueale biancastri. Edemi molli agli arti inferiori, alle mani, alla faccia.

Dispnea. Soffi anemici, su tutti i focolai al cuore; rumore di trottola alle giugulari, anoressia invincibile, vomito, astenia estrema. Temperatura 36, polso 120. L'esame obiettivo non offre altro di particolarmente notevole. Esame delle urine: zucchero ed albumina assenti. Bilirubina presente. Esame del sangue: globuli rossi 1.300.000; leucociti 2000; emoglobina 45; poichilocitosi; anisocitosi e megalocitosi. Esame del succo gastrico: questo non annerisce la cartina al rosso Congo.

Dopo quindici giorni di trattamento si nota un lusinghiero miglioramento generale con comparsa nel sangue di numerosi reticolociti. Edemi scomparsi.

Dopo un mese: colorito leggermente roseo, appetito risvegliato, senso di benessere, scomparsa dei vomiti.

All'esame delle urine non trovasi più bilirubina. Nel succo gastrico lieve ipocloridria (Hcl 0.90 ‰).

Esame del sangue: globuli rossi 4.600.000; leucociti 6500; emoglobina 80. Non notasi nè anisocitosi nè poichilocitosi. Onde evitare ricadute si continua con la dieta epatica per os che viene ottimamente tollerata e la paziente dopo due mesi dà alla luce un feto vivo e vitale a termine del peso di 3750 gr.

Un mese dopo il parto — date le buone condizioni della donna — si sospende ogni cura. È trascorso un anno: la donna sta bene ed è nuovamente gravida. Sarà interessante seguirla. Quando io, di mia iniziativa adottai — or è un anno — questo metodo non conoscevo le esperienze di Pellegrino, La Franca e Pirera condotte nel 1912 sì che di viva soddisfazione mi riesce leggere oggi quanto a proposito di quelle scrive il Chillà (*Riforma Medica* n. 2, 1929): « Le esperienze furono eseguite sugli uomini e sugli animali somministrando estratto di fegato crudo di feto di maiali, di maiale adulto, di toro, di capra, di vitello per bocca o per clistere e « coeteris paribus » i risultati rispondevano nella loro efficacia secondo quest'ordine ».

RIASSUNTO.

In tutti quei casi nei quali è indicata la dieto-terapia epatica, qualora fosse impossibile applicarla *per os*, si può con profitto ricorrere alla via rettale per la somministrazione della stessa.

Galzignano, febbraio 1929.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE DI S. SPIRITO - SALA GENGA
Primario: Prof. G. ANTONELLI

Pleurite tubercolare e trombopenia.

Dott. LUDOVICO PATERNI, aiuto.

Numerosi lavori sperimentali anatomici e clinici richiamano l'attenzione su i rapporti tra tubercolosi e porpora emorragica.

Vebb, Gilbert e Harens trovarono un notevole aumento del numero delle piastrine nella tubercolosi dell'uomo e della cavia e osservarono che inoculando bacilli tubercolari con una densa sospensione di piastrine, si modificava il corso dell'infezione o se ne impediva addirittura lo sviluppo.

Gli AA. spiegarono l'influenza delle piastrine con i loro rapporti rispetto alla genesi delle opsonine.

Faschinghbauer mise in rilievo la relativa frequenza della porpora tra i primi sintomi iniziali della tubercolosi e giunse a ritenere che l'etiologia tubercolare sia a base di ogni porpora di origine oscura.

Recentemente Carnot, Libert, Bartely descrissero un caso di un uomo di 40 anni con sviluppo di polmonite caseosa e meningite tubercolare, nel quale i fenomeni morbosi si iniziarono con una porpora a tipo reumatoide. Essi mettono in rilievo un dato che per loro sarebbe assai importante clinicamente e anatomicamente, cioè l'ingrossamento notevole del fegato.

Pratzicas pubblica 4 casi di tubercolosi migliare, constatati all'autopsia, nei quali la sindrome clinica, si iniziò o fu addirittura dominata dalla sintomatologia della porpora.

In un caso si ebbe il quadro della porpora addominale di Henoch, in due quello della porpora fulminans, in uno quello della porpora semplice. Segnala inoltre un caso di pleurite tubercolare passata a guarigione, nella quale si sviluppò una porpora dopo una autoinoculazione alla Gilbert del liquido pleurico.

Laporte, Sorel e Godrat hanno veduto svilupparsi delle tubercolosi ghiandolari successivamente alla porpora, tubercolosi accertate colla biopsia.

Paisseau e Vialard dall'inoculazione nella cavia di pezzi tolti dall'autopsia di un soggetto morto per una broncopolmonite accompagnata da porpora, non ottennero la tubercolosi dell'animale, però poterono dimostrare nelle ghiandole inguinali e tracheo-bronchiali bacilli acido resistenti che ritennero poter riportare al virus tubercolare, isolato da Calmette, Valtis e Lacomme nelle ghiandole e nei visceri dei neonati di madri tubercolose.

Degkwitz notò in varie osservazioni di tubercolosi attive trombopenie insorte dopo iniezioni di tubercolina.

La ristrettezza dello spazio mi impedisce di citare ancora lavori su questo argomento, che confermano i fatti sopra esposti.

A. Remo, di anni 12, scolaro. Il padre, vivente e sano. Nega lues e malattie veneree, andrebbe soggetto, seppure non frequentemente, ad epistassi. La madre, pure vivente e in apparenza sana, ha avuto 8 gravidanze delle quali due con esito in aborto al secondo mese, le altre condotte a termine; non abnormi emorragie in rapporto ai parti ed alle mestruazioni. I sei figli sono tutti viventi e sani, nessuno ha mai manifestato porpore o speciali tendenze ad emorragie.

Il p. a. 3 anni soffrì di morbillo: in questa malattia non ebbe, per quanto è indagabile presso i famigliari, manifestazioni emorragiche. Non altre malattie degne di nota. Andrebbe invece piuttosto, frequentemente soggetto ad epistassi.

Il primo inizio dell'attuale malattia data da circa un mese, quando il p. ammalò di febbre elevata (39,5-40°) remittente, tosse con scarso espettorato e dolorabilità alla base dell'emitorace sinistro.

La febbre, e gli altri disturbi ora nominati, si protrassero per circa 15 giorni, quindi tutto cessò, almeno in apparenza.

Otto giorni fa è ricominciata febbre discretamente elevata a tipo vespertino, è ricominciato dolore alla base di sinistra, ripresa della tosse con scarso espettorato.

Quattro giorni fa la mamma si accorse che sulla pelle del ragazzo erano comparsi dei piccoli punti rosso-violacei specialmente al collo e al petto, meno numerosi agli arti. Nei giorni seguenti questi punti rosso-violacei aumentarono di numero e di estensione fino a raggiungere le condizioni attuali.

Ieri si è avuta una discreta emorragia gengivale, stanotte improvvisamente imponente epistassi, che i famigliari non sono riusciti a frenare in nessun modo, tanto da essere costretti a portare il ragazzo in Ospedale.

Entra in corsia il 13-4-1927. Il p. si lamenta di modica cefalea, senso di spossatezza generale, scarsità di appetito, tosse e dolore all'emitorace sinistro. All'ingresso in corsia l'epistassi è cessata.

Esame obbiettivo. — Condizioni generali discrete. Decubito preferito il supino. La cute è pallida e si presenta per tutto il corpo cosparsa di macchioline rosso violacee facilmente riconoscibili per petecchie dalla grandezza di una punta di spillo a quella di una grossa lenticchia.

L'eruzione è notevolmente sviluppata, le petecchie sono isolate e si presentano più numerose alla nuca, al dorso, alla faccia flessoria degli arti superiori e alla faccia estensoria degli arti inferiori.

In corrispondenza della faccia antero-esterna del terzo inferiore della gamba destra si notano due suggellazioni bluastre della superficie di un paio di centimetri quadrati ciascuna. Assenza di edemi e di qualsiasi altra alterazione a carico della cute.

Nulla di abnorme si nota a carico del sistema muscolare e scheletrico.

Per quanto riguarda le mucose il naso è tuttora tamponato in ambedue le narici, i tamponi sono sporchi di sangue ma nessun gemizio si nota attualmente. Le labbra sono tumide e cosparse di piccole croste ematiche. Le gengive sono iperemiche, tumefatte, piccole croste ematiche si notano in corrispondenza all'impianto di parecchi denti. Piccole emorragie puntiformi sono sparse in scarso numero sulla faccia interna delle guancie. Tonsille modicamente arrossate e tumefatte. Lingua impatinata, umida, non segni di emorragie.

Polso uguale, ritmico, molle, frequenza 104.

Modica dispnea di frequenza.

Apparato linfoghiandolare. — Gangli numerosi piccoli e medi alle ascelle e agli inguini. Detti gangli sono piuttosto duri, isolati, indolenti, a superficie liscia.

Torace. — Evidente ectasia della metà inferiore dell'emitorace sinistro. Abolizione del fremito alla base di sinistra. Alla percussione ipersonorità timpanica su gran parte della faccia anteriore dell'emitorace di sinistra, e sulla faccia sopraspinosa dello stesso lato. Riduzione di suono sulla faccia posteriore dell'emitorace sin. che si inizia 2 dita circa sotto la spina della scapola. La riduzione diviene ottusità poco più in basso. Il limite superiore della ottusità nella faccia posteriore di sinistra corrisponde alla linea di Ellis-Damoisseau. Ottusità vertebrale al livello corrispondente alla ottusità toracica. Presente il segno di Grocco. Ascoltatoriamente respiro soffiante al limite superiore della ottusità, apnea assoluta in basso. Egofonia poco evidente, pettoriloquia afona assai intensa. Grossi rumori catarrali sparsi in tutto il resto del torace.

Cuore. — Deborda a D. circa un dito dal margine sternale. Limite superiore sinistro sulla parasternale sin., alla terza costa. Punta alla 5ª costa appena all'interno della mammillare. All'ascoltazione null'altro di notevole all'infuori di un evidente sdoppiamento del 2° tono alla base.

Addome. — Nulla di notevole.

Fegato. — Si palpa un dito sotto l'arcata, in alto non ingrandito.

Milza. — Non si palpa.

Puntura esplorativa della cavità pleurica sinistra. — Liquido fortemente ematico con Rivalta positiva. Esame microscopico: emazie più o meno alterate, abbondanti cellule bianche del sangue, con forte prevalenza di linfociti.

Sangue. — Globuli rossi 4.500.000. Val. glob. 0.62, leucociti 12.000. Piastrine 80-90.000. formula leucocitaria: neutrofili 63 %, eosinofili 1 %, basofili 1 %, monociti 18 %, linfociti 19 %.

Coagulazione. — Inizio della coagulazione a 20', completa a 30'.

Retrattilità del coagulo. — Il siero non risulta separato neanche dopo 24 ore.

Tempo d'emorragia. — 35'.

Prova del laccio. — (Rumpell-Leede) fortemente positiva.

Urine. — Null'altro di notevole all'infuori di qualche emazia nel sedimento.

Decorso. — Il malato entrò in corsia il 13-4-1927; presentò per i primi due o tre giorni modici rialzi termici serotini, quindi la febbre scomparve completamente, le petecchie andarono lentamente riassorbendosi, il livello del liquido cominciò ad abbassarsi.

Dopo 7-8 giorni di tale miglioramento, ricomparve la febbre con massimi di 38°-38°,5, tipo intermittente.

Le intermittenze avvenivano quasi sempre nelle ore mattinali. Il liquido pleurico andò di nuovo aumentando.

Con una toracentesi si estrassero 200 cmc. di liquido, appena lievemente ematico.

Dopo tre giorni l'ottusità raggiunse di nuovo la spina della scapola, sulla faccia anteriore del torace, suono chiaro. Con una nuova puntura esplorativa venne estratto il liquido di nuovo fortemente ematico; si verificò nuova eruzione di petecchie al petto e agli arti, che non raggiunse però l'intensità dell'eruzione precedente. Riapparve l'epistassi.

Il paziente era pallido, con polso molle, frequente, lingua lievemente impatinata, disappetenza, senso di astenia.

Dopo circa otto giorni dall'inizio della nuova poussée, la febbre ricominciò ad abbassarsi lentamente, i periodi di apiressia cominciarono ad allungarsi, il liquido riprese lentamente a riassorbirsi.

La febbre quindi riassunse il carattere di scarse elevazioni serotine, che scomparvero solo nella prima decade di giugno, cioè un mese e mezzo dall'ingresso del malato in corsia, e dopo oltre due mesi e mezzo dai fenomeni morbosi che segnarono il primo inizio della malattia.

Il reperto obbiettivo del torace si stabilizzò con i seguenti caratteri: riduzione di suono marcata alla base dell'emitorace sin., sfumante in alto con una ipofonesi che raggiungeva la spina della scapola; murmure vescicolare debole su tutto l'emitorace, fremito alquanto diminuito rispetto al lato sano.

Nonostante il miglioramento di tutti i fenomeni morbosi, il paziente rimase pallido; non si manifestò alcuna tendenza dello stato di nutrizione a migliorare.

Poco prima di uscire dall'ospedale la prova di Rumpell-Leed dette esito appena positivo, il tempo d'emorragia fu di 6', coagulazione: inizio a 5', completa a 10'.

Piastrine: 200-250.000.

Il decorso clinico, insieme ai caratteri ed evoluzione dell'essudato pleurico, permette di affermare con sicurezza quasi assoluta l'etiologia tubercolare.

L'evoluzione della pleurite si può ricostruire in tre poussées. Nella prima si ebbe febbre elevata per 15 giorni, con dolore alla base dell'emitorace di sin., modica tosse; liquido pleurico forse non se ne formò, o se ne formò in scarsa quantità. Dopo 8 giorni di remissione di tutti i sintomi, seconda poussée con ripresa della febbre, della tosse, comparsa della diatesi emorragica e di abbondante essudato pleurico emorragico. Entrato il paziente in ospedale, dopo alcuni giorni, di nuovo remissione di tutti i sintomi, compresa la porpora; quindi terza poussée, con ripresa della febbre, nuovo aumento del liquido, e ricomparsa della sindrome emorragica, benchè meno accentuata della precedente.

Nel reperto semiologico del torace, di fronte

alla intensa fenomenologia pleurica rilevabile sulla faccia posteriore di sinistra, contrastava la ipersonorità diffusa su tutta la faccia anteriore dello stesso emitorace, senza alcun segno di liquido; trattavasi evidentemente di un essudato che, all'ingresso del malato in corsia, appariva già limitato da sepimentazioni della cavità pleurica. Riassorbitosi definitivamente il liquido, rimasero i segni di un ispessimento pleurico diffuso.

I caratteri della diatesi emorragica furono quelli della trombopenia.

Quanto alla presenza di un notevole ritardo nella coagulazione del sangue, è noto come, anche in questa malattia, possa talora riscontrarsi un tale fenomeno (Pagnez), più proprio dell'emofilia; come del resto è nota la possibilità di associazione di ancor più marcati fenomeni emofilici alla sintomatologia della porpora.

Come precedenti personali o famigliari non c'era nella anamnesi che una relativa frequenza di epistassi, tanto nel paziente prima della malattia, quanto nel padre di esso: questi fatti però per la loro modesta proporzione, non avevano mai attirato l'attenzione dei famigliari, che li riferivano con dati incerti e privi di qualsiasi imponenza.

All'uscita del paziente, erano scomparsi completamente i sintomi spontanei della sindrome trombopenica; i fenomeni provocati, come pure i dati della coagulabilità del sangue, delle piastrine, etc. erano tornati molto prossimi alle condizioni normali.

Il caso descritto conferma ancora una volta i rapporti tra tubercolosi e porpora, segnatamente nelle poussées di invasione tubercolare.

Riassumendo la questione possiamo dire che connessioni tra tubercolosi e porpora, possono rilevarsi, con relativa frequenza (Frank Schitenhelm, Di Guglielmo). Secondo certi AA. questa frequenza sarebbe, per la tubercolosi, superiore a quella delle altre malattie (sepsi di ogni genere, meningite cerebrospinale, malattie esantematiche, intossicazioni endogene, etc etc.). I sei casi descritti da Pratzicas, sarebbero occorsi in soli sette mesi di servizio ospitaliero, e Faschinhbauer, come si è detto in principio, ammette l'origine tubercolare per tutte le porpore di genere occulta.

La porpora è specialmente in rapporto ai periodi di attività della tubercolosi e può manifestarsi come sintomo generale nelle fasi di invasione dell'infezione, sia che queste invasioni finiscano con localizzazioni secondarie, viscerali o ghiandolari, sia che conducano allo sviluppo di tubercolosi migliari.

Con questi fatti hanno riscontro eruzioni purpuriche osservate dopo iniezioni di tubercolina, dopo autoterapia con liquido pleurico alla Gilbert.

La piastrinopenia di questi casi di tubercolosi con porpora rappresenterebbe una condizione inversa a quella usualmente osservata da Webb, Gilbert, Harens nella tubercolosi dell'uomo e delle cavie e d'altronde le esperienze degli stessi AA. tenderebbero a dimostrare un nesso tra piastrine e poteri di difesa dell'organismo nella tubercolosi.

LETTERATURA.

BAUCH. *Three Cases of purpura hemorrhagica in chronic tuberkulosis.* Hars. Int. Med., 1916.

BRAUER, SCHRÖDER, BLUMENFELD. Handbuch der Tuberkulose. Leipzig, 1923.

CARNOT, LIBERT, BARIETY. Comunication de la Société Médicale des Hôpitaux. Presse Médicale, 1926, vol. I.

DIONISI. *Lezioni di Anatomia Patologica sulle malattie del sangue*, 1927.

DI GUGLIELMO. *Le porpore emorragiche.* Pavia, 1926.

FRANK. *Die essentielle Thrombopenie.* Berl. Klin. Woch., 1915.

ID. *Die haemorrhagischen Diathese.* In Schittenhelm Handbuch de Krank des Blutes etc. volume II, 1925.

GALDI. *Le diatesi emorragiche.* Riforma Medica, 1926, n. 22.

GASBARRINI. *Alcune considerazioni su di un caso di porpora emorragica.* Boll. delle Scienze Mediche, Bologna, 1924.

LAPORTE, SOREL, GODRAT. *Purpura e tubercolose.* Société de Médic. de Chirur. et de pharmacie de Toulouse, janvier 1927.

PAISAEAU e VIALARD. Comunication Société Médic. des Hôpit. Presse Méd. 1927, novembre, p. 1367.

PRATZICAS. *Les rapports de la tubercolose granulique avec la purpura hemorragique.* Revue de la Tubercul., t. V, n. 5, ott. 1924.

VEIL E., ROSKAM, LESPRIME e FEROND, HYNEK. *Les purpuras.* III Congrès des Dermatologistes et Syphylografes, ecc. Bruxell. juillet, 1926. Presse Méd., agosto 1926.

WEBB, GILBERT, HAVENS. Ref. Zbl. f. Inn. Med., 1915.

OSPEDALE SS. ANNUNZIATA DI SULMONA
Direttore: Prof. SILVIO PORTA.

Pleurite mediastinica

per il dott. EZIO PITTONI.

Dato il numero esiguo delle osservazioni che la letteratura conta sull'argomento, la pleurite mediastinica rimane sempre un quadro clinico-radiologico complesso, di delicata osservazione, che ha bisogno ancora di essere completato.

Credo quindi utile riferire un caso che ho potuto seguire e studiare.

G. A, di a. 14, da Pratola Peligna, contadino, padre morto di tbc. polmonare. Nato a termine ebbe allattamento materno. Dopo i comuni esantemi dell'infanzia non fu affetto da altra malattia degna di nota, però fu sempre di aspetto gracile.

Ai primi del marzo 1926 fu preso da malessere generale seguito da svogliatezza e stanchezza precoce al lavoro, perdita graduale dell'appetito, emaciazione con pallore del viso più accentuato del solito. Dopo questo periodo durato circa una quindicina di giorni, incominciò ad avere febbre continuo-remittente con cefalea.

Il medico curante racconta che alla sua prima osservazione, quattro giorni dopo l'inizio della febbre, riscontrò: lingua impaniata con bordi arrossati; alvo stitico, non tosse, non dolori toracici, non dispnea. Alla percussione rilevò una piccola zona di ottusità delle dimensioni di una antica moneta di argento da cinque lire nel primo spazio intercostale destro presso lo sterno, senza che la cute sovrastante presentasse alcunchè di anormale. Su quest'aia di ottusità silenzio respiratorio assoluto, nè rantoli nè ronchi. Respiro vescicolare su tutto l'ambito polmonare. Milza e fegato nei limiti. Nei giorni seguenti la curva febbrile

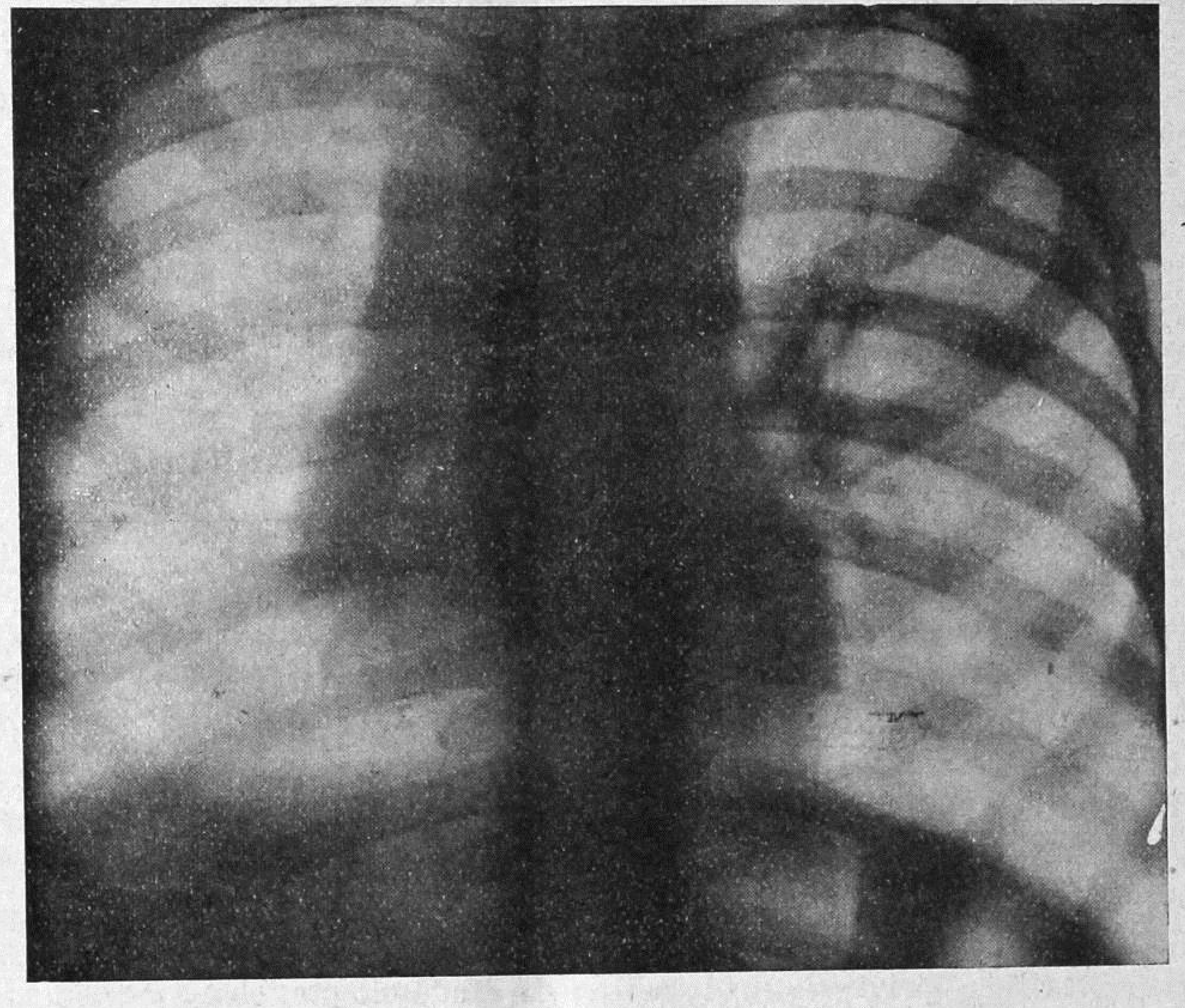


Fig. 1ª — *Posizione A. P.*

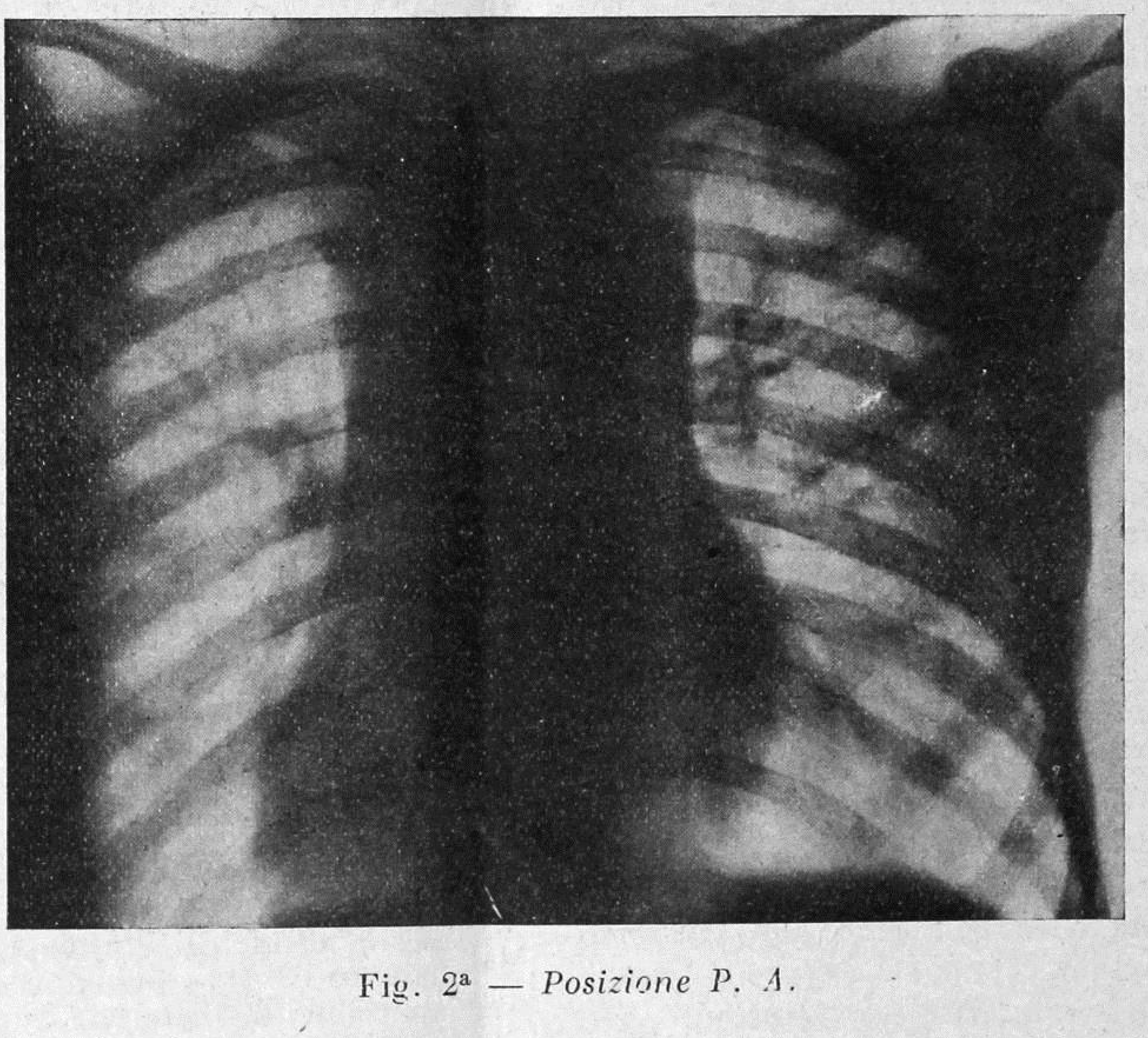


Fig. 2ª — *Posizione P. A.*

continuò a conservare sempre il tipo continuo remittente raggiungendo 39° e talvolta anche 40° C.; l'ottusità non si estese nè si ebbero altri segni semiotici.

Però dopo il 12° giorno di malattia incominciò a manifestarsi un po' di tosse senza espettorazione. Poscia le condizioni si aggravarono, la respirazione incominciò a rendersi difficoltosa, e man mano si dichiarò un « tubage » manifesto con accessi di forte dispnea, per cui la famiglia, già da tempo consigliata dal medico curante il 30 marzo s'indusse a condurre l'infermo in Ospedale.

Stato presente: individuo di costituzione gracile, nutrizione scadente, molto pallido. È fortemente dispnoico; entrambi gli atti respiratori sono rumorosi accompagnati da rumori forti come sega. Se interviene la tosse, lo stato dispnoico si accentua; entrano allora in giuoco tutti i muscoli mimici del volto ed i muscoli ausiliari della respirazione con rientramenti inspiratori al giugulo, fosse sopraclavicolari, epigastrio, spazi intercostali. Le vene giugulari sporgono fortemente, specialmente a destra; il viso si fa cianotico, e l'infermo, con gli occhi spalancati, le pupille dilatate, semiseduto e con le mani stringendo gli orli del letto e la testa rigidamente reclinata indietro, dopo vari sforzi riesce ad emettere un espettorato mucoso dopo di che lo stato dispnoico diminuisce.

La deglutizione è difficile; riesce ad ingoiare solo sostanze liquide.

L'emitorace destro anteriormente, specie verso la parasternale, ha un reticolo venoso abbastanza più sviluppato che non a sinistra. Fremito vocale tattile conservato in tutto l'ambito polmonare.

Alla percussione, si rileva una zona di ottusità all'emitorace destro, che dal IV spazio intercostale, 2 dita dal margine dello sterno, si estende sino in alto al di sotto della clavicola. Suono ottuso si ottiene anche percuotendo sullo sterno, suono chiaro a sinistra ed in tutto il resto dell'ambito polmonare. Basi mobili a 4 dita dall'angolo della scapola. Respiro vescicolare a sinistra; nell'emitorace destro anteriormente respiro aspro e nella zona ottusa soffio tubarico. Cuore nei limiti, toni netti, azione regolare; itto nel IV spazio un centimetro all'interno dell'emiclaveare; nulla all'addome. Temperatura 39°,2 C., polso 110. Vidal per tifo paratifo A e B, melitense, negativo; cutireazione negativa. Esame dello sputo per la ricerca del bacillo di Koch negativo.



Fig. 3ª.

Reperto radiologico: Polmoni di trasparenza normale. Ombre dell'ilo intense a sinistra ove si notano dei noduli calcificati con addensamenti di ombre seguite da piccoli tralci che vanno verso la zona mediotoracica (fig. 1). A destra addossato all'ombra cardiovascolare notasi un'ombra di opacità uniforme, meno intensa di quella del cuore con contorni ben definiti, nitidi, non pulsanti. Essa ha forma pressochè semilunare e si estende dalla clavicola sino a quattro dita dal diaframma parallelamente all'ombra cardiaca dalla quale bene si distacca.

Anche a sinistra ma meno appariscente e specie in posizione P. A. (fig. 2) notasi un'ombra addos-

sata a quella cardiaca estendentesi dalla clavicola alla convessità aortica sino ad occupare l'angolo a contorni rotondeggianti. Il mediastino anteriore è parzialmente oscurato.



Fig. 4ª.

cardiovascolare. Detta ombra però non si spinge in basso come a destra.

Ad onta della cutireazione negativa e dell'esame dello sputo negativo, per il quadro radiologi-

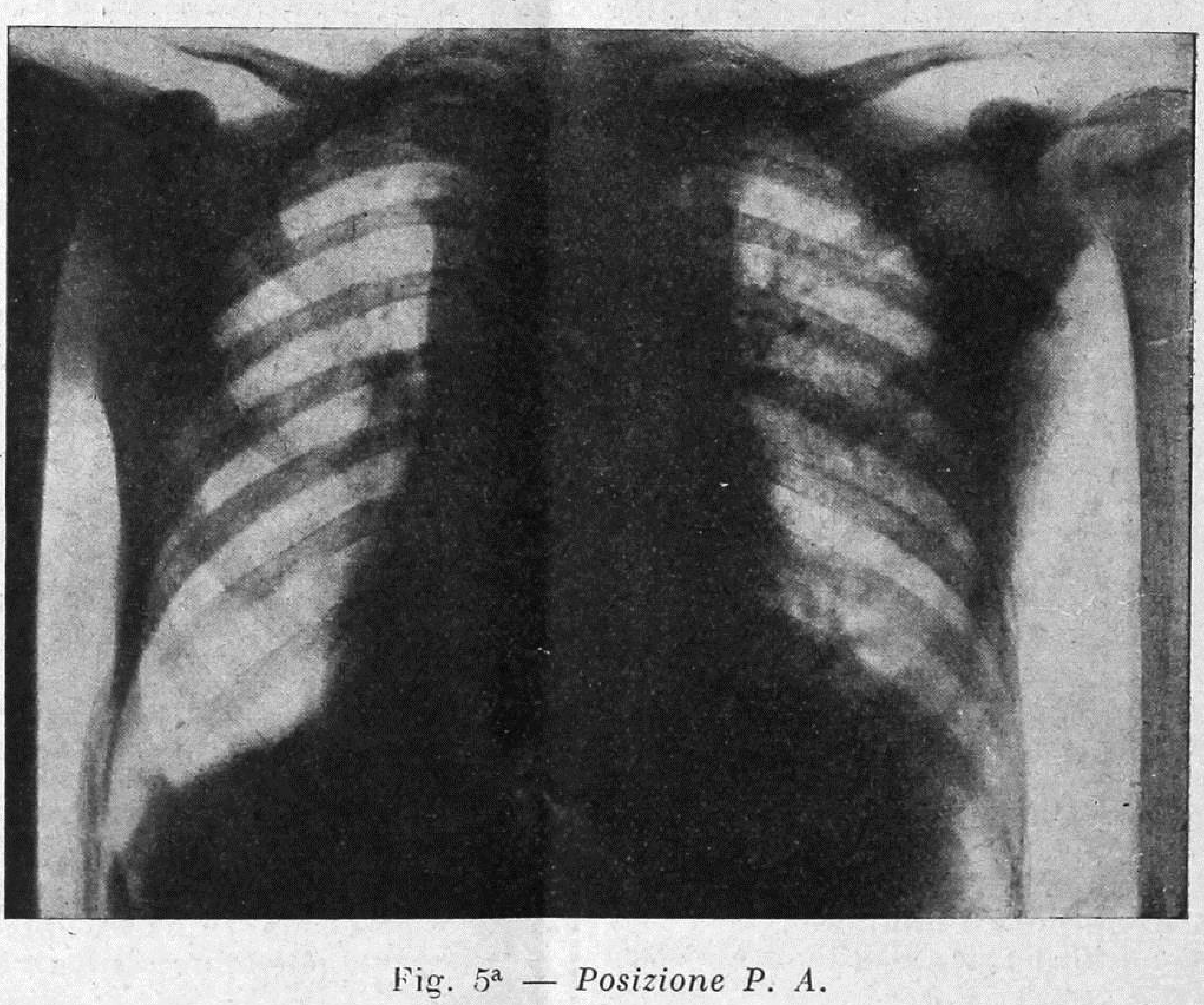


Fig. 5ª — *Posizione P. A.*

Nelle posizioni laterali (fig. 3 e 4) si osserva che l'ombra occupa il mediastino posteriore e superiore senza raggiungere il diaframma.

Essa al di sotto dell'ilo forma come una tasca co abbastanza netto si pensa di trovarsi di fronte ad una pleurite mediastinica.

Il 31 marzo facendosi più evidenti i fenomeni di compressione tanto da essere molto stentata la

respirazione ritengo opportuno di estrarre del liquido.

Sul terzo spazio intercostale di destra a due dita dalla parasternale introduco un ago grande montato su siringa e riesco ad aspirare dopo vari tentativi circa 100 cmc. di liquido sierofibrinoso di aspetto limpido e di colore citrino. Rivalta positiva, negativa la ricerca dei bacilli di Koch, in seguito positiva la prova biologica sulla cavia.

Subito dopo l'estrazione del liquido l'infermo migliorò; la febbre da 40° scese a 38 1/2 ed i fenomeni di compressione regredirono.

Questo stato di cose perdurò per cinque giorni, poi ricomparvero la febbre elevata ed i fenomeni di compressione.

Inoltre all'esame radiologico (vedi fig. 5) del torace praticato il 6 aprile, si rilevarono focolai di addensamento bronco-pneumonici diffusi nella zona medio-toracica di destra. L'ombra mediastinica destra questa volta raggiunge il diaframma. Il seno costo-diaframmatico destro è ripieno di liquido. L'infermo il 9 aprile muore. Dalla famiglia venne negata la necroscopia.

Volendo ricostruire la patogenesi del quadro clinico-radiologico descritto, questo ci viene facilitato dai dati anamnestici. Il fatto che il padre morì di tubercolosi polmonare ci fa senz'altro ammettere nel nostro paziente l'infezione bacillare fin dalla prima infanzia per contagio familiare. La primo-infezione non sarà stata massiva per cui il bambino avrà subìto una infezione che non ha avuto tendenza a generalizzarsi, ma questa si sarà limitata alle ghiandole tracheo-bronchiali creando quello stato allergico d'immunità relativa e di sensibilizzazione per cui in quel periodo la cutireazione alla tubercolina sarebbe stata positiva.

Le radiografie ci confermano questa ipotesi; infatti abbiamo visto le ombre ilari intense con ghiandole calcificate. Nel periodo critico della pubertà, il nostro paziente avrà subìto una reinfezione, probabilmente endogena, che ha rotto quello stato allergico di equilibrio, affievolendo in tal modo le difese dell'organismo tànto da creare uno stato di anergia, per cui l'organismo non ha opposto più alcuna resistenza alla infezione tubercolare e la morte è stata inevitabile. Ciò spiega perchè la cutireazione è stata in questo periodo negativa.

La reinfezione endogena sarà partita probabilmente da una ghiandola tracheo-bronchiale che avendo subìto un processo di caseificazione e poscia di fluidificazione, si sarà vuotato in un vaso in modo da produrre il quadro descritto.

L'autopsia avrebbe chiarito questo punto.

BIBLIOGRAFIA.

Brieger. *Die Pleuritis mediastinalis post. und die mediastinale Schwarte.* F. d. R., Bd. XXXII, 1924.

Milani. *Osservazioni cliniche e radiologiche su di un caso di pleurite mediastinica anteriore.* Atti Associazione Romana tra i cultori della Elettrologia e Radiologia Medica, 1922.

Pincherle. *Studio radiologico della pleurite mediastinica.* La Radiologia Medica, 1925.

Savy. *Les pleurésies médiastines.* Le progrès médical, 1910.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

stituto di Patologia Chirurgica e di Clinica Chirurgica Pediatrica della R. Università di Firenze.

Direttore: Sen. Prof. G. Gatti.

Ascesso acuto della lingua in un bambino lattante.

Dott. Ermanno Santi, assistente.

È noto come le infezioni profonde della lingua (glossiti parenchimatose, ascessi) si presentano, soprattutto nei bambini, assai raramente, mentre le infezioni in superficie (glossiti superficiali) sono di relativa frequenza.

Su circa 50.000 ammalati osservati nella Clinica Chirurgica Pediatrica di Firenze ed annesso ambulatorio dal 1-XI-1909 al 15-V-1928 il caso che crediamo opportuno di illustrare brevemente è il primo osservato.

R. G. mesi 11, dalla Rufina entra in Clinica il 18-8-1927. I genitori e due fratellini godono buona salute e non hanno sofferto di malattie degne di nota. La madre non ha mai avuto aborti. Terzo nato al termine fisiologico della gravidanza decorsa regolarmente da parto eutocico. È tuttora allattato al seno materno. Da due mesi ha iniziato la dentizione. Non ha sofferto di alcuna malattia ad eccezione di qualche lieve disturbo dispeptico. Da qualche tempo presenta lievi fatti di stomatite che la madre riferisce alla dentizione.

Quattro giorni avanti l'ingresso in Clinica i genitori furono sorpresi nell'osservare che il bambino non si attaccava al seno o presto se ne distaccava, presentava lieve scialorrea e teneva la lingua un po' fuori dalle labbra; notarono inoltre una intumescenza di questa al lato sinistro. Il bambino presentava segni di ipertermia abbastanza elevata che però non fu controllata col termometro; non ha presentato alterazioni della voce o disturbi nella respirazione. Visitato da un sanitario viene inviato a questa Clinica per sospetto di fibroma sottolinguale.

Esame obiettivo. — All'ingresso in Clinica il bambino presenta temperatura febbrile (38°,8); ha aspetto sofferente; si attacca frequentemente al seno, ma subito se ne distacca non essendogli possibile la suzione: somministrandogli il latte o acqua col cucchiaino con qualche difficoltà può compiere l'ingestione. Ha polso frequente, ritmico; non dispnea; voce chiara.

È di costituzione scheletrica regolare e sana, con pannicolo adiposo discretamente sviluppato e masse muscolari toniche e trofiche. Non si notano ghiandole tumefatte nè alle regioni sotto

mascellari, nè alle regioni latero-cervicali. Cute e mucose visibili di colorito un po' pallido. Nula di notevole all'esame clinico degli apparati respiratorio e cardio-vascolare. Addome un po' voluminoso, meteorico, ben trattabile in tutti i quadranti. Organi ipocondriaci nei limiti. Riflessi tendinei presenti e normali. Il bambino tiene la bocca semiaperta per cui dalle labbra si ha fuoriuscita di saliva ed è visibile la punta della lingua che lievemente sporge. Esaminando quest'organo si nota subito una rilevante intumescenza della metà sinistra. L'aumento di volume lieve alla punta, è più notevole in corrispondenza del corpo della lingua. Anche la metà destra è un po' tumefatta, ma solo in prossimità della linea mediana. Sollevando la lingua ed esaminandola alla faccia ventrale si conferma l'intumescenza della metà sinistra, non delimitabile, profonda e più spiccata verso il punto d'impianto dell'organo. La mucosa della lingua è di colorito un po' cianotico, mostra le papille bene evidenti e normali, e non presenta, almeno apparentemente, alcuna soluzione di continuo. Procedendo alla palpazione meglio si apprezza che l'intumescenza è maggiormente sviluppata nel corpo, in avanti del V linguale; si rileva consistenza tesa-elastica e senso di fluttuazione profonda: tali manovre di palpazione e di pressione provocano viva reazione dolorosa. La mucosa nel resto della cavità orale si presenta iperemica. Nulla a carico delle tonsille, dell'ugola e del faringe.

In posizione Rose, previa disinfezione con iodio-glicerinato e facendo trazione con pinza tiralingua, si pratica una incisione longitudinale col bisturi un po' in avanti del V linguale a sinistra, in prossimità della linea mediana; si approfonda e si allarga l'incisione con pinza Kocher: si ha fuoriuscita di una discreta quantità di pus (circa un cucchiaio) denso, giallo-verdastro, non fetido.

L'esame del pus dimostra presenza di stafilococchi. Il bambino viene dimesso dalla Clinica dopo qualche giorno completamente guarito essendo l'intumescenza della lingua del tutto scomparsa ed essendosi la piccola ferita chiusa assai rapidamente.

Come è evidente nel nostro caso trattavasi di un ascesso del corpo della lingua: del corpo e non della base perchè la tumefazione era maggiormente sviluppata al davanti del V linguale, per l'assenza completa di disturbi a carico della voce e del respiro, e per la mancanza di disfagia. Verosimilmente l'ascesso era medio-linguale ossia situato fra il genio-glosso di sinistra ed il setto. I pochi giorni di malattia, la stomatite pregressa, l'essersi avuto temperatura febbrile elevata, i caratteri e la localizzazione dell'intumescenza ci fecero senz'altro escludere una forma fibromatosa, come aveva sospettato il medico che inviava il bambino; ugualmente era facile escludere le altre forme suppurative, che colpiscono la lingua, acute o croniche (ranule suppurate, ascessi tubercolari, ecc.). Mentre generalmente gli ascessi della lingua sono causati da streptococchi o anaerobi, nel nostro bambino trattavasi di stafilococchi.

I casi di ascesso acuto della lingua riferiti nella letteratura non sono numerosi e riguardano persone adulte, sopratutto uomini; raro è l'ascesso nei bambini della seconda infanzia e nei vecchi; nei bambini lattanti solo 1 caso abbiamo riscontrato nella letteratura (Texier et Levesque).

Tale rarità relativa delle infezioni profonde della lingua è dovuta alla saldezza speciale della mucosa e alla sua resistenza all'azione microbica, alla mancanza dello spazio sottomucoso scollabile (sopratutto nella punta e nel corpo della lingua), alla trama serrata del parenchima linguale. Oltre a ciò bisogna notare che la virulenza dei germi, ospiti abituali della bocca, è in condizioni ordinarie assai lieve, mentre aumenta considerevolmente per effetto delle comuni tonsilliti, della carie dentale (focolai apicali settici, osteoperiostiti alveolo-dentali), delle stomatiti, o dopo malattie generali debilitanti come il tifo, il morbillo, il vaiolo, o anche in individui diabetici, gottosi, alcoolisti, o nel corso di cure mercuriali intense. La porta di entrata dei germi può essere qualunque lesione di continuo, accidentale o no, della mucosa, oppure può essere rappresentata dai vasi linfatici o dai condotti escretori delle ghiandole salivari, che in talune regioni non sono semplici diverticoli della mucosa ma si approfondano tra i fasci muscolari (ghiandole di Weber e di Blandin-Nühn), diventando così organi profondi.

Gli ascessi della lingua, esito ordinario di glossiti profonde, interstiziali o parenchimatose, hanno la caratteristica di assumere una forma quasi incistata per la serrata trama muscolare e per l'esistenza di fasci fibro-aponevrotici che delimitano spazi ben netti. Si distinguono *ascessi laterali*, e *ascessi mediani*. Gli ascessi laterali hanno sede nella loggia compresa tra l'ioglosso e il genio glosso, loggia occupata da connettivo lasso e lungo la quale passa l'arteria linguale: ciò ci spiega l'eventualità, assai rara, che la raccolta purulenta seguendo la guaina dei vasi discenda verso il collo. Gli ascessi medio-linguali si formano ai lati del setto fra i due genio-glossi, dove esiste del tessuto adiposo (nucleo linguale di Baur) che si ispessisce e aumenta di volume progressivamente dall'avanti all'indietro del V linguale, per poi terminare assottigliandosi tra le pieghe glosso-epiglottiche e la membrana io-epiglottica: in esso si trovano alcuni nodi e vasi linfatici che sono in comunicazione con la rete linfatica della punta e del dorso della lingua e vanno a terminare nei gangli sottomascellari; però, secondo Daireoux, sarebbero in comunicazione anche con piccoli gangli situati nella loggia tiro-glosso-epiglottica, per cui esiste la possibilità di ascessi di detta loggia (ascessi retro-linguali) per infezioni che partono dalla mucosa della lingua.

Gli ascessi possono aver sede nella metà ante-

riore della lingua o nella base, ossia al di dietro del V linguale: è questa forse la localizzazione più frequente degli ascessi della lingua per l'esistenza di una vera sottomucosa, per la maggiore ricchezza di tessuto linfatico (amigdala linguale), per la presenza dei gruppi ghiandolari intramuscolari di Weber (Dunet e Michou).

Gli ascessi della lingua o le glossiti parenchimatose dalle quali essi ordinariamente traggono origine sono spesso preceduti da infiammazioni della bocca o degli organi vicini (stomatiti, tonsilliti, ecc.), da ferite diverse come punture di lische di pesce o abrasioni per denti cariati ecc. L'inizio è vario ma di regola è assai brusco: l'individuo è colpito da dolori alla lingua che talvolta sono assai intensi e s'irradiano alla faccia e al capo, accusa un senso di indurimento e di tumefazione dell'organo colpito, non può inghiottire e la favella è stentata. Preceduta da brivido può insorgere temperatura febbrile e raggiungere alti gradi. Tali sintomi iniziali vanno rapidamente accentuandosi anche nello spazio di poche ore per cui appare presto evidente la tumefazione della lingua, assai più notevole dal lato colpito; la tumefazione è dovuta all'edema che in breve tempo invade l'organo, per cui sui margini è facile osservare l'impronta dei denti. La lingua può presentare un colorito rosso violaceo o rosso vivo, ed essere ricoperta da abbondante patina bianco-giallastra. L'alito è spesso fetido. La saliva viene secreta abbondantemente, e, per la difficoltà che ha l'ammalato di inghiottire, scola attraverso le labbra. Fra i disturbi funzionali oltre alla difficoltà, di regola assai rilevante, d'inghiottire e di parlare, dobbiamo ricordare quelli che colpiscono l'apparato respiratorio: la dispnea e talvolta l'asfissia. Ciò avviene negli ascessi della base della lingua e più ancora in quelli retrolinguali, nello spazio tiro-glosso-epiglottico, per l'edema o per compressione diretta sull'epiglottide. A tale proposito ricordiamo il caso descritto da Texier e Levesque di un bambino di quattro mesi che presentava dispnea intensa e che morì in un accesso di soffocazione. La necroscopia dimostrò l'esistenza di un ascesso della loggia tiro-glosso-epiglottica. Di regola non esiste trisma o è assai lieve. Può aversi sordità unilaterale o anche bilaterale (Combier e Murard). Si può riscontrare leggero edema molle del pavimento della bocca, e ingorgo ghiandolare sottomascellare da uno o da entrambi i lati. I sintomi finora descritti possono lentamente regredire nel caso in cui la glossite non dia luogo all'ascesso e spontaneamente si risolva; ma se, come più spesso avviene, si ha formazione di raccolta purulenta, allora i sintomi generali e locali persistono, si fa più evidente la tumefazione emiglossica, con speciale accentuazione in un determinato punto, sede di più vivi dolori e dove sarà possibile, non sempre però agevolmente, percepire un senso di fluttuazione. L'ascesso è sempre unilaterale: molto più spesso a sinistra che a destra. Di regola si arriva all'ascesso fra l'ottavo e decimo giorno; più precocemente nelle forme a maggiore acutezza.

La diagnosi di un ascesso acuto della lingua non presenta di regola difficoltà. Le piccole raccolte purulente superficiali, come le ranule suppurate, facilmente si riconoscono per la sede, per i loro caratteri intrinseci, per la mancanza di fenomeni gravi locali e generali propri dell'ascesso profondo. Non sempre sarà facile riconoscere se esista raccolta purulenta nel corso di una glossite profonda: in tali casi ci illumineranno il decorso, la possibilità di avvertire senso di fluttuazione ed eventualmente una puntura esplorativa nel punto di maggiore tumefazione. Quando l'ascesso ha sede nella base della lingua o meglio ancora nella loggia tiro-glosso-epiglottica, essendo di regola assai accentuati i disturbi funzionali (dispnea, disfagia), se non è direttamente visibile la tumefazione linguale e se siamo di fronte a bambini nel primo anno di vita, bisognerà scartare l'eventualità di un ascesso retro- o latero-faringeo, affezione nei lattanti molto più frequente di quella di cui stiamo trattando: l'esame laringoscopico da un lato e l'ispezione diretta o il riscontro digitale, delicatamente praticato, dall'altro ci indicheranno chiaramente la sede della raccolta purulenta; oltre a ciò può aver valore il fatto che mentre negli ascessi faringei l'iperestensione del collo diminuisce la dispnea, venendo ad allontanare la raccolta dalla laringe, negli ascessi linguali o retro-linguali, la dispnea aumenta, perchè la compressione viene ad essere più diretta e più accentuata. Potendo gli ascessi della lingua, per la struttura dell'organo, assumere una forma saccata, sarà bene ricordare che esistono altri ascessi — ascessi incistati della lingua — che per la loro patogenesi e per il loro aspetto clinico debbono dai primi essere nettamente separati. Si tratta di raccolte purulente che avvengono in corrispondenza di cisti profonde preesistenti (linfatiche, del dutto tiro-glosso, salivari e parassitarie) le quali appunto perchè avvengono entro una capsula preesistente presentano sintomi subiettivi, obiettivi e funzionali assai scarsi: il dolore è lieve, mancano le elevazioni febbrili o sono moderate, la favella e la deglutizione sono poco disturbate, la tumefazione è bene limitata con alone d'infiltrazione periascessuale assai scarso, mentre nelle glossiti acute suppurate l'edema occupa di regola quasi interamente tutta la metà della lingua colpita. Di tali ascessi incistati ne sono stati descritti pochi casi, dei quali due in bambini di

5 e 6 anni. Non trattiamo delle forme infiammatorie croniche che possono colpire la lingua (infezioni tubercolari, sifilitiche, actinomicotiche) perchè a decorso e a sintomatologia del tutto diversa da quella degli ascessi acuti. Parimenti tralasciamo tutte le neoformazioni benigne e maligne (angiomi, linfangiomi, cisti, fibromi, sarcomi, carcinomi).

Nel corso di una glossite parenchimatosa acuta, quando ancora non esiste raccolta purulenta, si adotterà una cura sintomatica, per disinfettare la bocca e calmare i dolori; sono state consigliate e praticate anche piccole scarificazioni superficiali per decongestionare la lingua. Formatosi l'ascesso occorrerà intervenire incidendo e svuotando. Si aggredirà direttamente l'ascesso praticando l'incisione sulla lingua col bisturi e facendosi poi strada profondamente con mezzo smusso: non occorrerà applicare nessun drenaggio per la difficoltà di tenerlo in sito e perchè dopo lo svuotamento la lingua si decongestiona assai presto e la guarigione è rapida. Quando non sarà possibile intervenire dalla via linguale, perchè l'ascesso è situato assai profondamente e non è accessibile dalla lingua, o per altre ragioni che rendano difficile tale intervento (forte tumefazione della lingua, trisma ecc.), si interverrà dalla via cervicale, o dalla loggia sotto mascellare (Chassaignac), o praticando un'incisione mediana dal mento all'osso ioide (Boechel, Tedenat) e divaricando poscia i due genioglossi; negli ascessi laterali, fra genio-glosso e io-glosso, sarà bene far precedere la legatura dell'arteria linguale. Solo eccezionalmente, di fronte a gravi sintomi di soffocazione, sarà necessario praticare la tracheotomia.

BIBLIOGRAFIA.

BAGGIO. *Contributo alla conoscenza dell'ascesso cronico della lingua.* Policl., Sez. Chir., 1925.

BROGA. *Chirurgie infantile.* Paris, 1914.

CATI. *Glossite flemmonosa parenchimale acutissima, ecc.* Policl., Sez. Prat., 1913.

COMBIER-MURARD. *Les abcès de la langue.* Presse Méd., 1923, n. 73.

DURET et MICHOU. *Les abcès de la langue.* Revue de Chir., Paris, 1923.

FIORAVANTI. *Contributo allo studio dei cosiddetti ascessi incistati della lingua.* Morgagni, 1914.

HAHN. *Delle glossiti acute, semplici e suppurate.* Arch. It. di Otol., ecc. Torino, 1914.

LE DENTU et DELBET. *Traité de Chirurgie.* Paris, 1898.

PAULOS PETRIDIS. *Un cas de abcès de la langue.* Bull. et Mém. de la Soc. Anat. de Paris, 1923, fasc. 7.

TADDEI. *Ascesso freddo della lingua.* Policl., Sez. Prat., 1922, fasc. 13.

TEDENAT. *Phlegmon médio-lingual.* Progrès médical, 1926.

TEXIER et LEVESQUE. *Un cas de abcès de la base de la langue chez un nourrisson.* Revue de Stomatologie, 1923, n. 10.

Istit. di Clinica Pediatrica della R. Università di Padova.

Direttore: Prof. G. BERGHINZ.

Sopra un caso di difterite primitiva della vulva.

Dott. A. G. PAOLUCCI, assistente volontario.

La difterite della vulva è malattia rara, che si può manifestare sia come localizzazione secondaria del bacillo di Löffler, dopo difterite del naso, del faringe, ecc., sia come localizzazione primitiva sulla mucosa dei genitali esterni: quest'ultima evenienza, fra le due è la meno frequente. Dei casi descritti, pochissimi riguardano gli adulti, nei quali del resto è meno frequente anche la localizzazione solita del faringe; e quasi tutti sono stati osservati nei bambini. Fra questi con maggiore frequenza è stata notata in quelli appartenenti alle classi povere, sia per l'essere tenuti questi bambini più spesso privi di mutandine e seduti per terra, quindi in condizioni di più facilmente contrarre l'infezione, sia per la presenza più facile in essi di lesioni ai genitali, dovute a scarsa igiene o a malattie cutanee quali l'intertrigine, lesioni che con la loro presenza faciliterebbero l'attecchimento del bacillo di Löffler. Casi di difterite della vulva sono stati descritti da Cenci (un caso), da Smith (un caso di primitiva), da Peiper (tre casi), da De Oyarzabal che ne ha osservato un caso di primitiva e due di secondaria, da Tripputi (due casi), da Vasile (un caso secondario a difterite del faringe), da Mondolfo (due casi), da Billquist (quattro casi), da Origuchi, da Atzrott, da Petrovich, da Versari e da Soscia, che hanno osservato ognuno un caso di difterite primitiva della vulva.

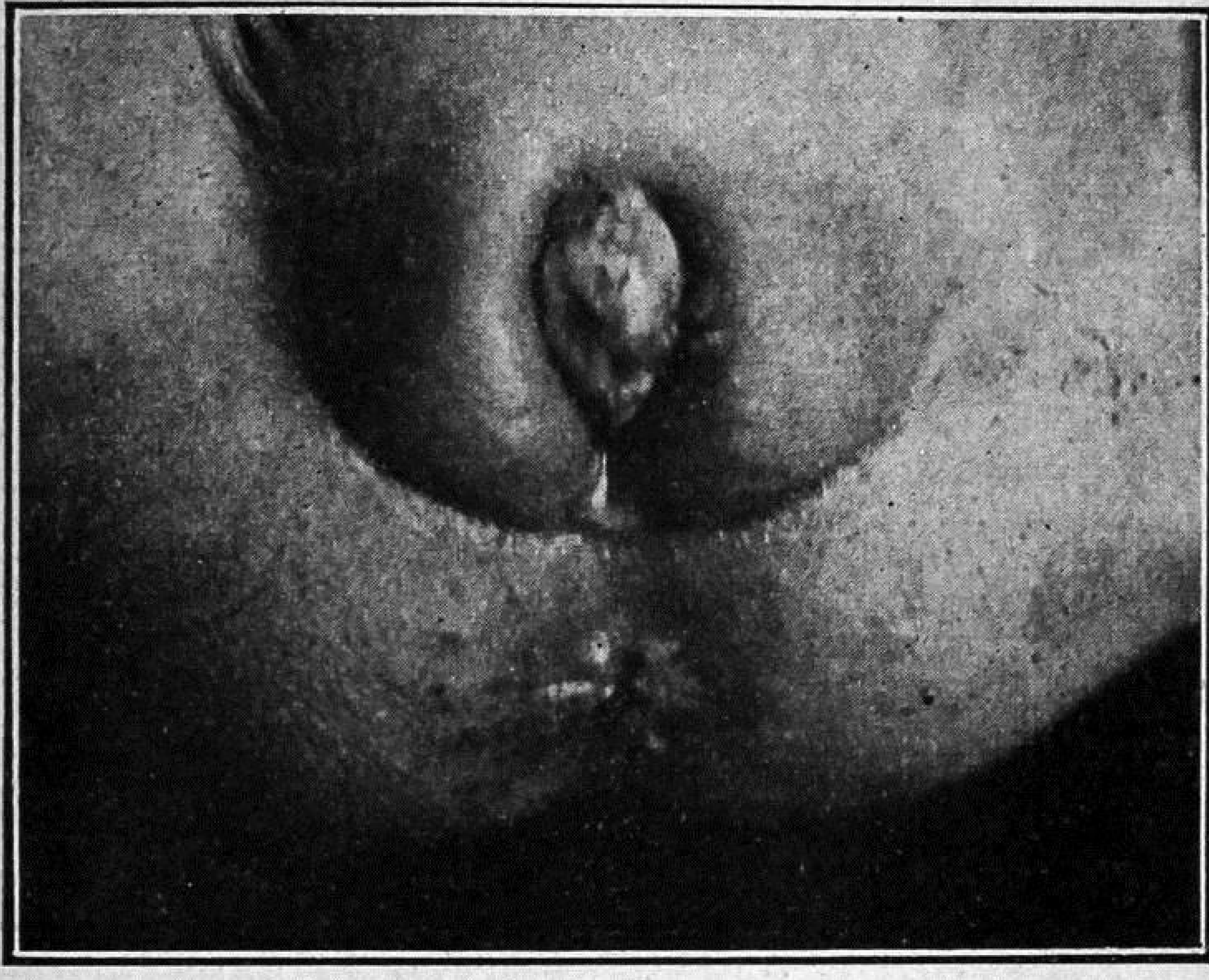
Credo utile contribuire alla casistica di questa affezione riferendo il seguente caso osservato in Clinica:

Si tratta di una bambina di 17 mesi: R. Carla, da Padova, ricoverata per turbe intestinali il 15 settembre u. s.

Dopo 20 giorni di degenza durante i quali è stata sempre apirettica, la bambina presenta il 4 ottobre temperatura a 37°,5. All'esame dei vari organi e sistemi nulla si trova di anormale, l'esame del cavo bucco-faringeo è pure negativo; l'attenzione viene invece attirata subito ai genitali che si presentano edematosi ed arrossati: all'esame di questi si nota che le grandi labbra sono divaricate e fra queste protundono le piccole labbra fortemente edematose, cianotiche, saldate fra di loro e ricoperte da un essudato bianco-grigiastro, pseudomembranoso, che si estende alla clitoride che pure è edematosa, ed alla commessura vulvare inferiore. Identiche membrane si notano pure attorno all'apertura anale. L'essudato è aderente alla superficie sottostante, non si riesce a

staccarlo che con difficoltà facendo sanguinare la mucosa da esso ricoperta. Le ghiandole inguinali sono ingrossate d'ambo i lati.

Dato il carattere dell'essudato, la modica febbre, l'ingrossamento delle ghiandole regionali e la contemporanea presenza in altro reparto della



clinica di ammalati di difterite, si fa diagnosi di difterite della vulva, e si procede agli accertamenti di laboratorio.

L'esame batterioscopico su strisci colorati col bleu di Löffler mette in evidenza numerosissimi bacilli, che per la forma e la disposizione si presentano come il bacillo di Löffler; su strisci colorati col metodo di Neisser si vedono i bacilli con i caratteristici granuli polari di Babès. Nei tubi di coltura con terreno di Löffler già dopo 6 ore si ha sviluppo di piccole colonie biancastre con l'aspetto di goccioline di rugiada. Il successivo esame microscopico conferma la diagnosi di difterite.

(5 Ott.). Anche una parte della superficie interna delle grandi labbra è ora invasa dalle pseudomembrane; le ghiandole inguinali sono molto ingrossate. Si iniettano per via intramuscolare, 10.000 U. I. di siero antidifterico. Nessun trattamento locale. Temp.: mattina 36,8, sera 37,6.

(6 Ott.). Le pseudomembrane sono immodificate. Si iniettano ancora 10.000 U. I. di siero. Temp.: mattina 36,8, sera 37,1.

(7 Ott.). Le pseudomembrane non si staccano, si sono però assottigliate; l'edema delle piccole labbra e della clitoride è alquanto diminuito. Si iniettano altre 10.000 U. I. Temp.: mattina 36,2, sera 37,2.

(8 Ott.). La mucosa non è più edematosa nè arrossata, l'essudato è ridotto ad un velo biancastro sottilissimo che si asporta facilmente; le pseudomembrane che occupavano il contorno dell'apertura anale sono scomparse del tutto.

(10 ott.). Non c'è più traccia di essudato; sulle piccole labbra e sulla superficie interna delle grandi, dove prima erano le membrane difteriche, rimane un'ulcerazione superficiale granuleggiante.

(12 ott.). La bambina è completamente guarita.

In questo caso la localizzazione della difterite si è avuta sulla mucosa dei genitali esterni, in modo primitivo, perchè la nostra bambina non solo non presentava altre manifestazioni difteriche, da cui i bacilli potessero essere trasportati sulla vulva, ma non era neppure una portatrice di bacilli di Löffler. Difatti tanto l'esame batterioscopico quanto quello culturale di materiale prelevato dal faringe e dal naso, è stato ripetutamente negativo.

Abbiamo osservato anche che le pseudo-membrane difteriche sono state particolarmente resistenti al siero, per quanto fin da principio iniettato in dose forte, tanto da dover ripetere per due volte la stessa dose, prima di averne ragione.

La difterite primitiva della vulva, per quanto sia poco frequente, deve essere conosciuta e tenuta presente, perchè possa essere istituita in tempo, oltrechè la profilassi, la terapia specifica, che precocemente e razionalmente usata, non solo avrà ragione della forma morbosa in atto, ma varrà ad impedire le più temibili complicanze a carico del cuore e del sistema nervoso.

Padova, ottobre 1928.

BIBLIOGRAFIA.

Berghinz. *Compendio di Pediatria.* La Grafolito, Bologna, 1928.
Atzrott. Zentralbl. f. Haut. und Geschl. Krank., vol. 3, 1922.
Billquist. Ibid., vol. 17, 1925.
Cenci. Riv. di Clinica Pediatrica, 1908.
De Oyarzabal. Münch. med. Woch., 1913.
Mondolfo. Riv. Crit. di Clinica Medica, 1918.
Origuchi. Zentr. f. Haut. und Geschl. Krank., vol. 8, 1923.
Peiper. Deut. Med. Woch., 1918.
Smith. New-York Med. Journ., 1911.
Soscia. Rif. Medica, n. 34, 1928.
Ripputi. La Pediatria, 1922.
Vasile. Ibid., 1924.
Versari. Ibid., 1926.

SUNTI E RASSEGNE.

NEUROLOGIA.

La polinevrite acuta febbrile.

(FRAGNITO. *Rivista di Neurologia*, 1928).

L'A. ricorda la sindrome descritta nel 1917 da Gordon Holmes. Questi nell'inverno 1916-1917 osservò tra i soldati provenienti dal fronte francese ed anche tra i borghesi a Londra una forma di polinevrite speciale per la sua etiologia, per la sua sintomatologia.

La forma morbosa che l'Holmes riferì alla polinevrite acuta febbrile già descritta da Osler sembra dovuta ad un agente infettivo speciale che attacca prevalentemente se non esclusivamente il sistema nervoso.

Dal punto di vista sintomatologico è caratteristica la prevalenza assoluta dei disturbi motori sui sensitivi e la costante e spesso grave paralisi bilaterale dei muscoli della faccia e della deglutizione. La paralisi è ascendente: s'inizia agli arti inferiori, si propaga al tronco, ai superiori, per raggiungere infine il facciale e qualche altro nervo cranico. Essa si attenua salendo dagli arti inferiori al tronco e si riaccentua alla faccia, che è la più colpita. Ed è questa diplegia facciale, cui talvolta si accompagna la paralisi della deglutizione e qualche nervo motore dell'occhio, a preferenza l'abducente, che costituisce il fatto sintomatologico più caratteristico della malattia.

La paralisi degli arti non è mai completa e non ha quella spiccata prevalenza all'elemento distale che è abituale in altre forme.

L'abolizione dei rilessi profondi è di solito precoce ed estesa a tutti e quattro gli arti.

L'atrofia muscolare è poco pronunziata e non si hanno mai le contratture immobilizzanti caratteristiche della polinevrite alcoolica. Non sono rari fugaci disturbi sfinterici. Mai disturbi mentali.

I disturbi sensitivi sono leggeri: qualche dolore alla pressione sui muscoli e limitate alterazioni della sensibilità obbiettiva all'estremo distale degli arti inferiori.

La malattia ha un decorso rapido. L'inizio è acuto, quasi sempre febbrile. Alla fine della prima settimana tutti i sintomi, specie la paralisi, raggiungono il massimo sviluppo, cui segue, dopo due o tre settimane un rapido miglioramento. Il solo disturbo che persiste più a lungo è la debolezza dei muscoli facciali.

L'A. nel 1926 nella Clinica Neurologica di Catania, che allora dirigeva, studiò individui affetti da questa forma morbosa, che furono ricoverati a pochi giorni di distanza l'uno dall'altro. In tutti e tre la malattia ebbe inizio acuto, febbrile; sviluppo rapidissimo in uno, meno rapido, ma non lento, negli altri due. Tutti e tre presentarono diplegia facciale, paralisi della deglutizione e partecipazione più o meno cospicua degli altri nervi cranici.

In due infermi sopraggiunsero anche disturbi d'innervazione del simpatico cervicale, che rese i casi ancor più interessanti.

In un caso si ebbe la paralisi del simpatico cervicale riproducente ad ambo i lati la nota sindrome di Claude Bernard-Horner. Paralisi notevole che si manifestò ed aggravò rapidamente. Da una sera al mattino seguente la fisonomia dell'inferma mutò: l'ampiezza delle rime palpebrali, accresciuta dalla paralisi bilaterale dell'orbicolare, ad un tratto si ridusse. La ptosi si associava a miosi e ad enoftalmo, senza alterazioni sudorali e trofiche.

Nell'altro caso, che ebbe un decorso speciale anche per la paralisi del frenico, la partecipazione del simpatico cervicale fu unilaterale e di senso contrario, nel senso che si ebbe la sindrome di eccitazione di Pourfour du Petit al posto della sindrome paralitica di Claude Bernard-Horner: midriasi al posto della miosi, esoftalmo al posto dell'enoftalmo, lagoftalmo al posto della ptosi.

Il modo e la contemporaneità dello sviluppo della malattia, nonchè la fenomenologia clinica e l'esito fanno ritenere che la polinevrite acuta febbrile sia un infezione a sè, con azione spiccatamente prevalente sui nervi cranici, e che, pur forse non risparmiando i centri, non produce in questi ultimi lesioni irriparabili. L'unico elemento comune ai tre casi, che potrebbe eventualmente fornire qualche indizio circa la via di penetrazione dell'agente infettivo, è che tutti e tre i malati ebbero disturbi gastro-intestinali più o meno prolungati.

Risultano confermate nei tre casi studiati alcune particolarità del processo morboso rilevate dai clinici anglo-americani: il decorso prevalentemente ascendente, la moderatezza delle atrofie, la prevalenza dei disturbi di moto su quelli di senso ed altre di minor conto. Non risulta invece confermata la limitazione, nel campo dei nervi cranici, all'innervazione della faccia, dei muscoli della deglutizione e di qualche muscolo oculare estrinseco, in quanto anche la lingua, il palato molle e le corde vocali possono essere colpite. Nè è risparmiato il trigemino che in due casi fu sede di violente neuralgie. Più che dalla diplegia facciale accompagnante la paralisi degli arti, nei casi studiati dall'A. la polinevrite fu caratterizzata dalla larga ed intensa partecipazione dei nervi cranici, nonchè dalla partecipazione, in due casi, del simpatico cervicale.

DR.

Le forme siero-resistenti della meningite cerebro-spinale.

(CARNOT. *Journal des Praticiens*, 5 genn. 1929).

Dal 1906 si dispone d'un siero antimeningococcico che fu preparato da Flexner in America, da Kolle e Wassermann in Germania e da Dopter in Francia, che mediante iniezioni di meningococchi immunizzarono dei

cavalli ed ottennero un siero non antitossico, come quello della difterite, ma antimicrobico, capace di distruggere per contatto diretto il meningococco nella cavità meningea.

Questo metodo ottenne risultati brillanti e si registrano statistiche con numerosi casi di guarigione che vanno dal 35 all'80 %.

Successivamente però si ebbero a constatare insuccessi numerosi che fecero dubitare dell'efficacia di questa sieroterapia. Questi scacchi furono attribuiti al fatto che i meningococchi sono di diverso tipo, per modo che vi possono essere casi nei quali i germi che producono la malattia sono differenti da quelli usati per preparare il siero.

Si distinsero in effetti tre tipi di meningococchi A, B e C. Il gruppo B è il più resistente anche quando il siero è preparato con lo stesso B, ed è quello che purtroppo s'incontra più frequentemente.

Quel che è certo si è che attualmente la meningite cerebro-spinale ha ripresa una gravità estrema e non cede più alla sieroterapia specifica come faceva per l'innanzi. Si hanno così statistiche nelle quali la mortalità raggiunge il 70, l'80 % e perfino il 100 per cento, malgrado la sieroterapia.

Questi insuccessi sono stati attribuiti a cause diverse:

a) ad un intervento troppo tardivo: ma questa spiegazione non vale per la maggioranza dei casi, perchè si hanno insuccessi anche in casi trattati precocemente;

b) al fatto che in caso di meningite bloccata, specie nei ventricoli, il siero antimicrotico non può venire a contatto con i germi. In effetti però questi casi sono molto rari e non proporzionati al numero degli insuccessi;

c) agli accidenti siero-meningei che possono verificarsi dopo ripetute iniezioni di siero nella cavità rachidea. Talvolta questi accidenti sono tardivi, 6°-12° giorno, e costituiscono una vera malattia serica delle meningi (ripresa della cefalea, della febbre, disturbi nervosi gravi e anche mortali) che si suole attribuire ad una recrudescenza dell'infezione meningococcica. La distinzione tra meningite microbica e meningite serica è possibile solo con la puntura lombare. Se si tratta di una recrudescenza dell'infezione il liquor è purulento e ricco di meningococchi, se si tratta invece di accidente serico il liquor è giallo, ricco d'albumina e di leucociti, ma sterile. In quest'ultimo caso ogni ulteriore iniezione di siero è controindicata. Comunque miglior partito è quello di tentare la sieroterapia solo durante 5-6 giorni. Se dopo questo periodo di tempo non si nota alcun miglioramento non si praticheranno altre iniezioni di siero;

d) a varietà differenti di germi patogeni. Conviene perciò in ogni caso far uso di siero polivalente preparato con meningococchi A, B e C, eventualmente in proporzioni differenti a secondo il tipo dell'epidemia. E identificato poi il germe adoperare siero specifico preparato con il gruppo accertato.

Nei casi nei quali la sieroterapia rimane inefficace si possono tentare le vaccinazioni e le iniezioni di endoproteine.

Le prime secondo alcuni autori darebbero buoni risultati, ma i casi d'insuccesso sono tutt'altro che rari. È un metodo che merita ancora d'essere perfezionato.

Le endoproteine sembra agiscano non come vaccini immunizzanti, ma perchè provocano uno choc. Gli effetti infatti possono essere immediati. Ma i pericoli di questo metodo (fenomeni bulbari) sono troppo gravi perchè possa essere adoperato senza precauzioni.

DR.

CARDIOLOGIA.

La sindrome clinica dell'occlusione delle arterie coronarie.

(GOVAERTS. *Le Scalpel*, 9 marzo 1929).

La causa abituale dell'obliterazione delle coronarie è l'arteriosclerosi localizzata lungo il loro tragitto o a livello della loro origine aortica. La sifilide aortica provoca talora un restringimento progressivo dell'origine delle coronarie che può giungere fino alla loro occlusione. Solo raramente una coronaria può essere otturata improvvisamente da un embolo proveniente dalle vegetazioni d'un'endocardite maligna.

Le conseguenze dell'occlusione variano molto in rapporto alla sede della lesione, ma dal punto di vista anatomico si tratta sempre della necrosi d'una parte del miocardio, che viene progressivamente sostituita da un tessuto fibroso cicatriziale.

Quando viene occluso il tronco principale d'una coronaria le conseguenze variano in relazione alla rapidità con la quale avviene l'arresto della circolazione ed alla esistenza di preesistenti larghe anastomosi. Quando queste mancano, come è il caso della branca discendente della coronaria sinistra, l'arresto brusco della circolazione può provocare la morte in seguito a fibrillazione ventricolare, o insufficienza acuta del miocardio che può determinare anch'essa la morte o, più raramente, emendarsi e non essere letale. In tal caso la punta del cuore presenta un focolaio di necrosi ischemica che può diffondersi all'endocardio e terminare con un trombo parietale, sorgente di emboli. In seguito il tessuto necrosato è sostituito da tessuto cicatriziale: la parete diventa fibrosa e sottile, e distendersi progressivamente fino al punto da formare un aneurisma cardiaco.

L'occlusione dei rami piccolissimi, che conduce alla formazione di noduli fibrosi disse-

minati (fibrosi del miocardio, miocardite fibrosa), determina sintomi d'insufficienza cardiaca progressiva intramezzati talvolta da episodi dolorosi più o meno accentuati.

I sintomi determinati dall'occlusione improvvisa d'un ramo importante delle coronarie si distinguono in disturbi dipendenti dall'occlusione, in sintomi d'insufficienza miocardica, in sintomi dipendenti dall'infarto del miocardio.

Il sintoma immediato più imponente è il dolore improvviso a carattere anginoso, accompagnato da dispnea intensa, spesso da nausea e vomiti. La morte può essere istantanea o sopravvenire dopo qualche ora. Il dolore è precordiale con diffusione interscapolare e addominale. Talvolta è prevalentemente e anche esclusivamente localizzato nel ventre, tanto da simulare una sindrome addominale, e sopratutto la perforazione di un'ulcera. La confusione è tanto più possibile quando esistono, come nelle affezioni peritoneali acute, nausee, vomiti, rigidità addominale e talvolta perfino subittero. Il dolore può essere intollerabile, angoscioso, e anche essere lieve e perfino mancare, nel qual caso i sintomi essenziali sono costituiti da insufficienza circolatoria improvvisa e dispnea. In ogni caso il collasso circolatorio è accentuatissimo, fino a dare la prostrazione più profonda. La pressione si abbassa, il polso diventa impercettibile, si stabilisce l'edema pulmonare e la secrezione urinaria si riduce notevolmente.

Tra i sintomi d'insufficienza miocardica ha il primo posto la dispnea, dovuta all'abbassamento della pressione sanguigna ed al rapido sviluppo della stasi pulmonare, che può progredire fino a dare il quadro tipico dell'edema pulmonare. Altri segni dell'insufficienza circolatoria periferica sono la stasi epatica e quella renale con oliguria e albuminuria, e gli edemi degli arti inferiori.

All'esame del cuore si riscontrano tutti i segni dell'insufficienza acuta: impossibilità di palpare l'itto della punta, toni deboli e parafonici, nonchè tutte le varietà d'aritmie (extrasistoli, fibrillazione auricolare, blocco seno-ventricolare, polso alternante, ecc.).

Tra i sintomi dipendenti dall'infarto del miocardio sono presso che costanti la febbre e la leucocitosi, che sono considerati come dovuti all'assorbimento delle proteine del focolaio necrotico. Quando l'infarto è superficiale si ha fremito pericardico. Quando invece è a contatto dell'endocardio possono verificarsi a livello dell'endotelio alterato trombi e quindi emboli, che quando provengono dal cuore destro producono infarti pulmonari, e quando provengono dal cuore sinistro raggiungono le arterie cerebrali o quelle degli arti. Questi fatti embolici sono presso che costanti.

La diagnosi d'occlusione coronaria può essere considerata come certa quando esiste un dolore precordiale violento, improvviso, irradiato al lato sinistro o all'epigastrio, accompagnato da grave collasso circolatorio e da fenomeni di stasi pulmonare, seguìto da febbre e da leucocitosi, spesso da sintomi embolici. Questo quadro può essere modificato quando il dolore è leggero, quando l'occlusione avviene in soggetti già sofferenti di insufficienza cardiaca, o quando i sintomi sono esclusivamente addominali.

La conoscenza dei sintomi e della loro successione consente d'evitare una serie d'errori, e tra questi sopràtutto funesto quello di considerare come segni d'affezione peritoneale i dolori epigastrici, i vomiti, la tensione della parete addominale, la leucocitosi, e quindi ritenere necessario un intervento d'urgenza, che quasi sicuramente costa la vita al paziente.

L'angina pectoris non coronaria legata ad alterazioni aortiche croniche, a dilatazione parossistica del cuore, dell'aorta o del seno carotideo determinata da ipertensione arteriosa, si distingue dalla sindrome dell'occlusione coronaria per la presenza dell'ipertensione che si accentua durante la crisi, perchè non è mai seguìta da un deficit notevole dell'energia miocardica, da leucocitosi, embolie, fremiti pericardici, che rivelano l'infarto miocardico.

Anche l'embolia improvvisa dell'arteria pulmonare produce collasso circolatorio con grave disordine della funzione miocardica (indebolimento dei toni, aritmia, tachicardia) e dispnea, ma il dolore precordiale manca, e quando può parlare il paziente dice di spegnersi non di soffrire. La diagnosi è facile quando l'embolia dell'arteria pulmonare è consecutiva ad una flebite o si tratta di una embolia postoperatoria o puerperale.

Se l'occlusione coronaria non produce la morte immediata, la prognosi non è sempre sfavorevole. La funzione cardiaca può ritornare soddisfacente ed il paziente può vivere ancora per lunghi anni e morire di altre malattie. Tuttavia nella maggioranza dei casi l'accidente lascia un deficit nella resistenza del miocardio: dispnea da sforzo, tachicardia, tendenza alla congestione passiva dei pulmoni. Se l'irrigazione sanguigna è stata compromessa nel tessuto nodale o nel fascio di His, possono residuare diverse forme d'aritmia di cui l'elettrocardiogramma contribuirà a precisare il significato.

La cura consiste essenzialmente nel mettere subito il paziente a riposo assoluto. Se il dolore è forte e l'angoscia profonda si rende necessaria la morfina. Il malato resterà a letto fino a che non si sarà affermata la resistenza miocardica. Durante questo periodo l'alimentazione sarà leggera e si favorirà la defecazione con enteroclismi e lassativi leggeri per evitare ogni sforzo muscolare.

La digitale è indicata quasi sempre a meno che non si sospetta un blocco auricolo-ventri-

colare incompleto. L'olio canforato e la stricnina potranno essere utilizzati se il collasso cardiaco è intenso e prolungato.

L'insufficienza miocardica successiva si curerà con la digitale o lo strofanto e con le misure igieniche raccomandate per gli arteriosclerotici. In effetti la causa più frequente dell'occlusione coronaria è l'arteriosclerosi delle arterie del cuore, che può esistere e progredire anche quando le arterie periferiche appaiono relativamente indenni. Si tratta di una particolarità a manifesto carattere ereditario e familiare, ma le cui cause sono ancora ignote.

DR.

La pericardite purulenta dal punto di vista chirurgico.

(E. G. ALEXANDER. *Annals of Surgery*, novembre 1928).

Pare che sia stato Riolano il primo a proporre ed eseguire una pericardiotomia nel 1649, trapanando lo sterno. Hilsman nel 1844 in un caso di pericardite purulenta incise e drenò il pericardio dal 4° spazio sinistro. Pool nel 1921 ha raccolto dalla letteratura 103 casi con 54 guarigioni. L'A. riferisce che dopo il 1921 sono stati pubblicati altri 20 casi con 15 guarigioni, a questi egli ne aggiunge 3 casi personali con 2 guarigioni, in un quarto caso egli praticò l'intervento, ma la diagnosi non era esatta. Il totale di casi pubblicati è così di 126 con 71 guarigioni.

La pericardite purulenta non è una condizione patologica frequente, e le statistiche di diversi autori riportano cifre così varie che è impossibile farsi un criterio esatto sulla sua frequenza. Essa rappresenta per lo più una complicazione della polmonite e del reumatismo articolare acuto, e si capisce come la sua frequenza vari col variare di questi.

La pericardite può a ogni modo essere secondaria anche alla tubercolosi, infezione puerperale, osteomielite, febbre tifoide, gonococciemia, scarlattina e altre infezioni. Spesso rappresenta una complicazione terminale di molte malattie costituzionali e del ricambio e per le difficoltà diagnostiche che presenta non viene riconosciuta. Osler dice che è la lesione grave che più frequentemente viene misconosciuta.

La pericardite primitiva è per lo più dovuta a traumi o a perforazioni dall'esofago o dallo stomaco. La batteriologia è rappresentata dal b. di Koch, piocianeo, b. di Welch, e altri piogeni, cocchi e bacilli. È più frequente nei bambini di sesso maschile.

Si ha indebolimento progressivo dei toni cardiaci e spesso rumori di sfregamento anche con abbondante essudato. L'area di ottusità cardiaca è ingrandita e piriforme e l'angolo cardio-epatico di Ebstein ottuso. Vi sono circa nel 75 % (Christian) segni di compressione polmonare. Secondo Ewart si può palpare la prima costa sinistra fino allo sterno perchè la clavicola è sollevata per aumentata attività respiratoria della parte superiore del torace. Nei bambini si vede una sporgenza del precordio, e tutto l'emitorace S. appare ingrossato, mentre il diaframma abbassato fa sporgere l'epigastrio. Così pure un segno importante è l'abbassamento del lobo sinistro del fegato.

L'itto si scorge sempre, ma sta medialmente al margine S. dell'ottusità. Esistono una quantità di altri segni di minore importanza pratica specialmente per il chirurgo. In casi tipici l'esame radiologico in posizione antero-posteriore e laterale può aiutare.

Talora vi sono sintomi dovuti alla pressione del pericardio sull'esofago, frenico, ricorrente e altre formazioni circostanti. Naturalmente c'è un vero dolore o un senso di oppressione precordiale e i segni generali di una suppurazione.

Nel trattamento che può consistere nella semplice paracentesi, nell'incisione in uno spazio intercostale, o in una ampia esposizione del focolaio suppurativo, la preferenza deve essere data a questo ultimo metodo perchè è quello che ha dato la maggior percentuale di guarigioni.

È consigliabile di incidere il pericardio a sinistra dello sterno il più in basso che sia possibile sia perchè la porzione più declive del pericardio sta a sinistra, sia perchè meno facilmente si può interessare la pleura.

L'A. nei suoi casi ha resecato la 5ª e la 6ª cartilagine costale e ha aperto il pericardio verticalmente, lasciandolo svuotare molto lentamente, ha poi esplorato col dito tutto il sacco per aprire eventuali concamerazioni, e ha poi drenato con pezzi di fogli di gomma che faceva penetrare fin dietro il cuore. Se si opera in anestesia locale bisogna anestetizzare anche il pericardio perchè esso può dar origine a riflessi pericolosi. L'a. mammaria interna può venire scansata o tagliata fra due legature.

M. ASCOLI.

IMMUNOLOGIA.

Le malattie da sensibilizzazione della cute.

(FREI-WILHELM. *Mediz. Klinik*, n. 4, 1929).

L'A. distingue tre grandi gruppi di malattie cutanee da sensibilizzazione e cioè:

1) quelle che si hanno nelle malattie infettive (es. le tuberculidi nella tubercolosi, la cosiddetta lues maligna, certe forme di lebbra, di tricofizie, ecc.); in tutte queste malattie la cute risponde con reazioni di ipersensibilità al contatto di materiale irritante non più vivente (reazione della tubercolina, della luetina, ecc.);

2) quelle che derivano da agenti fisici, come l'orticaria da freddo, da caldo, tutte le dermatosi da eccesso d'illuminazione, ecc.;

3) quelle che sono dovute all'azione di corpi della classe delle proteine, compresi i parassiti animali e i microbi non infettivi. Rientrano in quest'ultimo gruppo l'orticaria, l'edema di Quincke, lo strofulo dei bambini, la prurigine di Hebra, ecc.

L'esperienza raccolta sino ad oggi parla per l'esistenza di rapporti tra le dermatosi allergiche e l'asma: l'A. l'ha potuto provare nei casi di eczema papuloso o pruriginoso, di neurodermite disseminata, di lichen di Vidal, di prurigo di Besnier e della forma eczematoide essudativa tardiva di Rost.

La ricerca della causa nociva in queste dermatosi allergiche si urta in mille difficoltà: pure qualche passo si è fatto, qualche conoscenza si è acquisita. Sono note le orticarie da fragole, carne di pesce, ecc.; Storm van Leeuwen e Hallam hanno riferito casi di individui che soffrivano di prurigine di Hebra o di Strofulo domestica, cioè solo quando erano a casa loro, guarendone del tutto durante la degenza in ospedale, per recidivare appena tornati a casa.

L'A. ha provato ripetutamente nei malati di pelle giovani e vecchi gli estratti di squame della cute di Storm van Leeuwen e gli estratti proteinici abituali di Park Davis. Questi « controlli cutanei » che si usano come la tubercolina nel metodo di v. Pirquet non hanno mai dato reazioni tipiche e soddisfacenti.

L'A. ritiene ad ogni modo che in queste malattie cutanee si tratti effettivamente di reazioni tra antigeni e anticorpi, rimanendo purtroppo spesso ignoto l'antigene.

Per quanto riguarda la cura, l'A. ha ottenuto buoni risultati con una disensibilizzazione specifica, meno buoni con una disensibilizzazione aspecifica.

Esistono infine le dermatosi in cui la sensibilizzazione è dovuta ad agenti chimici e non di natura proteinica: le cosiddette tossicodermie nel vero senso della parola (affezioni orticario-eritematose in parte, e in parte eczematose-dermatitiche): nello stesso gruppo rientrano le infiammazioni cutanee dovute alla azione esterna di sostanze chimiche.

Queste malattie cutanee possono ascriversi al gruppo delle dermatosi da sensibilizzazione, perchè molte delle sostanze cutitossiche (salvarsan, iodio, chinino, ipecacuana) sono capaci di scatenare l'asma: inoltre si trova l'eosinofilia. Anche qui si tratta di reazioni tra antigeni e anticorpi.

L'A. chiude il suo articolo, precisando i confini che separano queste malattie dall'anafilassi, che rappresenta un processo non completamente identico, ma certamente molto vicino; il che — dal punto di vista pratico — ha un notevole valore come indirizzo alla profilassi e alla terapia delle dermatosi idiosincrasiche.

V. SERRA.

L'autoemoterapia.

(L. CAILLOU. *Revue tunisienne des sciences méd.*, aprile 1928).

L'autoemoterapia è un mezzo terapeutico che consiste nel prelevare una certa quantità di sangue al malato, e di riniettarglielo sotto la pelle o nei muscoli.

La tecnica è quanto mai semplice: si prelevano da una vena del gomito 5-10-20 cmc. di sangue, e si riiniettano, colla stessa siringa, nei muscoli delle natiche. È inutile aggiungere sostanze anticoagulanti.

La quantità da iniettare è per lo più intorno ai 10 cmc., quantunque talvolta occorrano quantità più forti: il numero delle iniezioni è variabile, con un minimo di 10 o 12, praticate a distanza di 1 o 2 giorni. Si può dire che non esistono controindicazioni: e l'insorgenza di incidenti, del resto di nessuna gravità, è addirittura eccezionale.

Le indicazioni della autoemoterapia possono venire così suddivise:

1) Dermatosi, specie le dermatosi pruriginose (strofulo, prurigo, eczema pruriginoso specie professionale, pruriti da menopausa, pruriti vulvari, pruriti senili), l'orticaria recidivante e l'edema recidivante di Quincke, lo zona. Poco influenzati sono invece gli eczemi non professionali, la psoriasi, il lichen planus, il pemfigo.

2) Infezioni cutanee, sopratutto la foruncolosi. È in questa malattia che il trattamento rende i massimi servigi.

3) Affezioni d'ordine anafilattico, attribuite alla sensibilizzazione (asma, emicrania, raffreddore da fieno, corizza spasmodica, disturbi della menopausa, accidenti da siero, ecc.).

4) Malattie infettive: d'ordine medico (specie la febbre puerperale, le ricadute di febbre tifoide o paratifoide, ecc.) e d'ordine genito-urinario o chirurgico (metriti, annessiti gonococciche, blenorragia acuta, prostatiti e orchiti acute, o ulcere sifilitiche, otiti esterne, piagne torpide, tubercolosi chirurgica).

5) Malattie diverse (stati emorragici, epilessia, cancro).

Nei riguardi del meccanismo d'azione, va escluso in modo assoluto che si tratti di una vaccinazione: poichè anche il sangue di un altro individuo, perfettamente sano, giova ugualmente.

La maggior parte degli autori hanno ravvicinato l'autoemoterapia allo choc emoclasico, e

l'hanno considerato come un metodo desensibilizzante, facendolo così rientrare nella proteinoterapia.

La crisi emoclasica consiste, come è noto, di una sindrome sanguigna (costituita dalla ipotensione arteriosa, dalla leucopenia seguìta da iperleucocitosi, dall'inversione della formula leucocitaria, dalla rarefazione degli ematoblasti circolanti, dall'ipercoagulabilità, da variazioni brusche dell'indice refrattometrico del siero, e dall'aspetto rutilante del sangue venoso), sindrome sanguigna che precede o accompagna la sindrome clinica, la quale tuttavia può anche mancare. Ora questa sindrome sanguigna è stata assai frequentemente osservata dopo le iniezioni di auto-sangue: il quale si comporterebbe come un'albumina eterogenea, per la lisi globulare che si produce nel sottocutaneo o nei muscoli.

La leucopenia periferica sarebbe accompagnata da una formidabile iperleucocitosi epatica: il che avrebbe fatto supporre nel fegato una reazione locale tra gli antigeni iniettati e gli anticorpi cellulari.

In ogni modo per quanto assai complesse appaiano le modalità d'azione della autoemoterapia, tuttavia l'A. pensa che si tratti di un metodo che si ha il dovere di tentare in una serie di malattie ben determinate, tenuto anche conto che esso è molto semplice, e che non presenta alcun pericolo.

M. SABATUCCI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

D. B. RONCALI. *Trattato generale e speciale delle infezioni o infiammazioni chirurgiche.* Vol. I. Napoli, Stabilimento Tipografico I.N.A.G., 1929-VII, in-8° grande, pag. 336. L. 65.

In questo volume di più che 300 pagine, edito in buon formato e caratteri nitidissimi, corredato di numerose figure e tavole anche a colori, il Patologo chirurgico di Napoli sostiene con copia di dottrina e di esperienza le sue ben note idee sull'equivalenza dei processi infiammatori ed infettivi, che gli fa anche comprendere fra questi tutte le produzioni neoplastiche. Queste affermazioni non sono oggi accettate dalla generalità dei patologi, ma la persuasione profonda dell'A. e la quantità grande di argomenti che egli espone colla sua estesa cultura nel campo delle conoscenze batteriologiche e immunitarie rendono la lettura del Trattato assai istruttiva e interessante per tutti, e forniscono agli studenti, pei quali egli scrive, un complesso di idee e di vedute larghe e geniali, che appunto perchè non sono sulla falsariga delle affermazioni comuni, li stimoleranno al pensiero e alla ricerca, a formarsi cioè un concetto proprio, il che dovrebbe costituire il compito più alto della cultura universitaria.

Giustamente egli afferma che non esiste una Patologia medica e una chirurgica, ma esistono processi morbosi che si curano o medicalmente o coll'intervento chirurgico. E distinte le malattie in congenite e acquisite, e divise queste in quelle che hanno per cause fattori distrofici o agenti traumatici e simili, comprende tutte le altre nel capitolo dei processi infettivi o infiammatori, esponendone in larga sintesi l'etiologia e la patogenesi.

Degna di menzione è la vasta cultura storica che l'A. dimostra, ricordando specialmente le mirabili scoperte di nostri italiani, nel campo delle dottrine patologiche.

Nei successivi capitoli, non più polemici a sostegno delle sue idee basali, l'A. espone sempre in modo molto completo e con ricchezza di ricordi storici e di esperienze antiche e recenti, spesso personali o della sua Scuola, il modo come i germi possono penetrare nell'organismo e svilupparvi la loro azione, i poteri di offesa del germe e quelli di difesa dell'ospite, esponendo in separati paragrafi la difesa nell'atrio d'ingresso, nei tessuti, nel torrente circolatorio, e poi negli organi linfoidi, in quelli a secrezione interna, e nei diversi tessuti ed organi. È questa un'esposizione in gran parte nuova, e nella quale pur se alcuno dissentirà in qualche punto dalle idee sostenute dal Roncali, si deve ammirare la sua grande cultura e il calore con cui difende i suoi concetti, con argomenti tratti da tutte le scienze biologiche e mediche.

Al presente volume devono seguirne due altri per completare il Trattato, e ci auguriamo che la feconda operosità del Roncali dia presto alla stampa l'opera completa, che attendiamo degna della sua preparazione e maturità scientifica.

R. ALESSANDRI.

G. PARLAVECCHIO. *Contributi di Terapia e Tecnica chirurgica.* Vol. II, Palermo. Cultura Medica, editrice.

È una raccolta di contributi portati dal Parlavecchio e da chirurghi della sua scuola a molteplici affezioni, specialmente del fegato e delle vie biliari, della milza, dei reni e delle vie urinarie, degli organi genitali maschili e femminili, degli arti superiori e inferiori.

Spesso per una stessa affezione sono indicati parecchi processi operatori, come per l'epatopessi, il che, se può essere indizio della difficoltà di ottenere buoni risultati coll'intervento chirurgico in simili casi, è anche prova della profondità di conoscenze anatomiche e della versatilità di applicazioni chirurgiche dell'autore.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Alcune operazioni sono del tutto nuove, come l'exosplenolisi, e la tecnica ne è indicata chiaramente.

Vi sono anche tentativi di nuove applicazioni, come la disinnervazione splenica, studiata sperimentalmente nelle modalità tecniche e negli effetti fisiologici.

Notevoli anche i capitoli sulla nefropessia e la omentizzazione del rene e sulla nefrostomia e il cateterismo ureterale retrogrado.

Interessanti pure sono le operazioni suggerite per provvedere con uno sfintere serico alla incontinenza vescicale e al prolasso uretrale nelle donne, e la nastrolegatura della tuba per la sterilizzazione temporanea studiata sulle cagne.

Non è possibile riportare tutto l'elenco degli interventi riuniti nel volume, ma credo sia sufficiente questo cenno per invogliare i colleghi a leggerlo, poichè vi troveranno larga messe di idee nuove e di suggerimenti tecnici utili e pratici.

R. ALESSANDRI.

F. SAUERBRUCH. *Chirurgie der Brustorgane.* Vol. 1/I, III ediz. J. Springer edit., Berlino, 1928. R. M. 188.

Nella sua III edizione il trattato di Sauerbruch sulla chirurgia del torace, ha subìto una ulteriore amplificazione. Il I volume della II edizione appare ora diviso in due parti di cui la prima, ora pubblicata, forma a sè un volume di 918 pagine con 916 figure di cui molte a colori.

Nella parte generale il capitolo sulla anatomia topografica del torace, polmoni e pleura è redatto da Walther Felix, così quello sulla fisiologia del polmone. Il capitolo successivo: la diagnosi radiologica delle affezioni degli organi toracici, è fatto da Henri Chaaul. Dell'autore sono i capitoli sulla tecnica chirurgica generale per gli interventi intratoracici, l'anestesia, le cure postoperatorie, i mezzi di differente pressione e la medicina operatoria del polmone e del torace.

La parte speciale è così suddivisa: malattie della parete toracica, ferite della pleura e del polmone, infiammazioni suppurative e cangrenose del polmone, bronchiettasie, chiusura di fistole bronchiali e polmonari. L'ultimo capitolo descrive l'operazione di Trendelenburg per l'embolia della polmonare con le modificazioni più recenti consigliate dagli ultimi successi.

La II parte del I volume, in corso di stampa, si occuperà della cura chirurgica della tubercolosi polmonare.

I pregi dell'opera sono quelli già apprezzati nelle edizioni precedenti e che hanno valso a far annoverare il trattato del Sauerbruch fra le opere classiche e a farlo considerare, certamente, come il più completo, il più importante e il più aggiornato libro di chirurgia del torace.

La stampa è su carta patinata, le figure in nero e a colori ben riprodotte, un indice completo rende facile la ricerca di qualsiasi argomento.

VALDONI.

C. BERTONE. *L'ascesso del fegato.* Arti grafiche G. Tabacco, S. Daniele del Friuli, 1929.

Dopo brevi cenni sull'anatomia e fisiologia del fegato passa in rivista i vari ascessi epatici trattando della loro etiopatogenesi, anatomia patologica, sintomatologia e cura.

L'esposizione teorica è qua e là intercalata da casi clinici dimostrativi, caduti sotto l'osservazione del prof. Giordano, del quale è riferita infine la statistica completa degli ascessi epatici curati.

Il lavoro è chiuso da una ricca bibliografia.

G. MATRONOLA.

H. MEYER-RUEGG. *Ginecologia.* Trad. del prof. G. SORTINO. Torino, 1928, Unione tip. ed. torinese. L. 45.

In 413 pagine, col sussidio di 182 figure, alcune a colori, questo volume ci presenta un buon riassunto delle nozioni più fondamentali e più moderne della ginecologia.

La traduzione è fatta dalla V edizione tedesca dal prof. Sortino, al quale già dovevamo la lodevole traduzione del più poderoso trattato di Schroeder, pure comparso nella collezione della stessa casa editrice.

Mentre auguriamo il rituale successo anche a questa ultima fatica della casa e del valente traduttore, non possiamo esimerci dal sottolineare un dubbio sulla opportunità di questo seguitare a tradurre opere straniere, *anche non fondamentali*, ma solo di orientamento o per così dire didattiche. Chi scrive si trova forse in una condizione un po' difficile, perchè potrebbe parere mosso da considerazioni personali, dato che figura egli pure come autore di un volumetto, dove sono raccolti gli elementi della ginecologia necessari agli studenti ed ai medici pratici. Ma del resto già aveva avuto occasione di fare un rilievo simile molti anni or sono a proposito della traduzione del Fehling per opera di Micheli... osservando allora che il traduttore aveva aggiunto tante note sue personali e capitoli intieri da ritenere che gli sarebbe stato meno faticoso e più meritorio il fare il libro tutto lui e tutto *italiano*... Ora a quei tempi felici lo scrivente era ben lontano dal pensare che più tardi avrebbe avuto l'audacia di entrare nel numero degli Autori... Certo lo spirito che lo animava allora non può che essere più vivace oggi, nella attuale rinascita della dignità italiana, che pervade tutti i campi. Ma se desideriamo concorrere a liberare le nostre

scuole dalla servitù straniera, bisogna bene sostenere gli editori e questo non si raggiunge davvero col moltiplicare le traduzioni!

Detto questo, non esitiamo tuttavia a ripetere che nel caso concreto si tratta di un compendio veramente buono e che pur nella sua brevità ha dei reali pregi.

G.

G. COTTE. *Les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme*. Masson e C., Paris, 1928.

È un bel volume di 570 pagine con 117 figure che tratta il difficile argomento sotto il triplice punto di vista della fisiologia, della clinica e della terapia, portando un chiaro e prezioso contributo non solo interessante i ginecologi, ma tutti i medici che ivi potranno trovare indicazioni utili e diligenti.

Il libro s'inizia con un breve cenno sulla vita sessuale dei mammiferi, ed in 3 densi capitoli tratta ampiamente dei disturbi, della mestruazione, del senso genitale, della fecondazione e della formazione dell'uovo. Poscia passa a trattare dei disturbi della secrezione dell'apparato genitale, della leucorrea, della idrorrea, continuando poi nel V e VI capitolo una vasta disanima dei disturbi della circolazione sanguigna e dell'innervazione dell'apparato genitale coronando l'opera con un'interessantissima e varia trattazione delle insufficenze ovariche e dei postumi della castrazione.

Complessivamente si tratta di un'opera vasta e varia che senza avere la pretesa di spiegare tutto il difficile e delicato meccanismo dei disturbi funzionali dell'apparato genitale femminile, mette in luce con acume tutti i fatti che possono essere ritenuti acquisiti e quelli che purtroppo oggi non possiamo ancora spiegare.

L'esame appunto di questo insieme di circostanze viene assai opportunamente a guidare la mente dell'A. nella parte che riguarda la terapia ove è specialmente interessante come è trattata l'opoterapia ovarica, ed i trapianti chirurgici.

FILIPPA.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 6 aprile 1929.

Presidenza del prof. ASCOLI VITTORIO.

Il PRESIDENTE apre la seduta ed alla presenza dei Rappresentanti la Famiglia del compianto socio prof. Gherardo Ferreri, dà la parola al prof. Bilancioni, incaricato di commemorarlo. Il prof. BILANCIONI legge una degna ed elevata commemorazione che rievoca mirabilmente la figura dell'eletto estinto, suscitando l'approvazione dell'Assemblea.

Il PRESIDENTE ringrazia il prof. Bilancioni a nome dell'Accademia, e sospende la seduta per cinque minuti.

Quindi il PRESIDENTE riapre la seduta e dà la parola al prof. GIORGIO FERRERI.

Sulla frequente associazione di oto-mastoiditi e sinusiti della faccia nella recente epidemia influenzale.

FERRERI prof. GIORGIO. — L'O. comunica di aver osservato nella recente epidemia influenzale, una frequente associazione di oto-mastoiditi e di sinusiti interessanti uno stesso lato del capo. Queste affezioni erano di solito precoci, a carattere emorragico a decorso per lo più benigno, e per quanto nelle mastoiditi fossero di frequente interessate delle cellule prossime al seno trasverso, pure non sono state osservate complicazioni del seno stesso.

Riguardo alle sinusiti, queste interessavano prevalentemente: i seni mascellari, poi i frontali; meno gli etmoidali e mai gli sfenoidali.

L'O. si intrattiene sul decorso e sull'intervento chirurgico in tali affezioni.

Contributo alla conoscenza della meccanica respiratoria. L'inversione degli pneumogrammi in soggetti normali e in soggetti sottoposti a pneumotorace artificiale.

MONALDI dott. V. — L'O. fa uno studio riassuntivo dell'inversione delle curve respiratorie in soggetti normali, nei tubercolosi polmonari, nei pneumotoracizzati e in quelli che hanno abbandonato il trattamento pneumotoracico, mettendone in rilievo la sede, la frequenza, il carattere. La sede ordinaria dell'inversione dei pneumogrammi nei normali (25 soggetti) è la regione sottoscapolare; in alcuni tubercolosi polmonari (esame su 40 soggetti) trova anche rientramenti inspiratori negli apici anteriori; nei portatori di pnt. in periodo di collasso (65 soggetti), oltre che alla parete posteriore, trova inversione nella parete laterale (ascellare media) e nella base anteriore. In alcuni di quelli che hanno abbandonato il trattamento pneumotoracico (esame di 15 soggetti), trova inversione anche in molti punti della parete anteriore.

L'O. illustra 4 serie di grafiche raccolte con il toraco-pneumografo Baglioni nell'Istituto di Fisiologia umana e nel Sanatorio Umberto I.

Il Segretario: V. PUNTONI.

Associazione Medica Triestina.

XIII adunanza scientifica del 25 gennaio 1929.
Presidente: Dott. A. Cofler.

Dermatite lichenoide da arsenobenzoli.

Il prof. Marziani presenta un caso occorso in una donna con R. W. neg. L'O. praticherà delle intradermoreazioni con Neosalvarsan e ne riferirà i risultati.

Il prof. Freund osserva che cutireazioni con preparati salvarsanici furono già eseguite dal Jadassohn, onde determinare già prima delle iniezioni di Salvarsan un'eventuale ipersensibilità per l'arsenico, e ciò per preservare tali ammalati da eventuali incidenti spiacevoli causati dall'intolleranza. Ora tali prove non hanno portato ad alcun risultato pratico in tale riguardo.

Piemia post-otitica.

Il prof. Rimini presenta un paziente affetto da piemia consecutiva ad otite piogenica acuta, guarito mediante operazione (legatura della giugulare interna al disopra dello sbocco della vena facciale comune, ed incisione del seno). Egli presenta quindi un bambino operato circa una settimana prima, affetto da esteso ascesso extradurale pernicioso con pachimeningite esterna, consecutivo ad otite acuta catarrale di lieve entità, non si riscontrava otorrea, e l'esame otoscopico aveva fatto rilevare soltanto un lieve arrossamento della membrana leggermente protrusa. Trattavasi con ogni probabilità di otite da streptococco mucoso, che spesso apparentemente benigna nel suo decorso, senza apportare nel suo insorgere fenomeni gravi, spesso dà origine a gravi complicazioni. Il paziente trovasi in ottime condizioni, malgrado la gravità della complicazione.

Il dott. Lang rileva che lo streptococco mucoso ha una particolare predilezione per i tessuti, sicchè la cultura e l'esame batterioscopico presentano rilevanti difficoltà. L'O. nota ancora che se la clinica sospetta la presenza dello streptococco mucoso, la batteriologia molte volte non può confermarla.

Sul valore pratico della prova tubercolino - emoclasica nei tubercolotici.

Dott. Gino Macchioro. — L'O. nei 122 casi osservati a reazione tubercolinica positiva, ha riscontrato una manifesta leucopenia nell'89,5 % e precisamente nel 91 % fra i casi del 1° gruppo e nell'88 % fra i casi del 2° gruppo.

Fra i 18 pazienti del 3° gruppo, in 2 individui solamente ha riscontrato leucopenia.

In genere, una diminuzione globulare che non abbia raggiunto almeno 1000 leucociti in confronto del primo conteggio, non è stata ritenuta come probativa, potendo una diminuzione inferiore essere imputabile a piccoli errori nel prelevamento del sangue o nel conteggio dei globuli bianchi.

L'O. non ha riscontrato alcun rapporto fra maggior gravità della lesione tubercolare e accentuazione della leucopenia, inoltre l'organismo non possiede alcun potere di assuefazione alla prova, cosicchè ripetendo anche più volte in un tubercolotico la tubercolino-emoclasia, questa si manifesta ugualmente con la stessa intensità.

Allo scopo di dimostrare la specificità della prova, ha voluto controllare se l'iniezione di proteine non specifiche produceva effetti analoghi a quelli della tubercolina, tanto nei tubercolotici, quanto nei non tbc., adoperando 1 cmc. di latte sterilizzato per iniezione ipodermica. Questo controllo venne praticato su 28 pazienti (20 tbc. e 8 non tbc.), in 26 dei quali non venne osservata una leucopenia dopo l'iniezione di latte, ma anzi talvolta una leucocitosi.

Dato che certi AA. (Glaser, E. F. Muller) ammettono che la leucopenia dipenda da uno speciale modo di reagire del sistema neuro-vegetativo, e precisamente da uno squilibrio vago-simpatico, l'O. ha fatto seguire subito all'iniezione di tubercolina una seconda di 1 milligr. di solfato di atropina su 20 pazienti tbc., in cui si era già constatata regolarmente la leucopenia tbc.-emoclasica, per osservare se lo squilibrio apportato al sistema neuro-vegetativo da questo alcaloide avesse qualche ripercussione sul risultato della prova in questione. Dai 20 casi controllati, dopo l'iniezione di atropina, in uno solo è stata rilevata una diminuzione del numero dei globuli bianchi, mentre negli altri 19 non si è manifestata alcuna sensibile modificazione fra i due conteggi.

Da ultimo l'O., dopo aver accennato all'applicazione fatta della prova di D'Amato, con favorevoli risultati in altri stati morbosi (febbre tifoide, melitense, pertosse, lues — con preparati mercuriali o di bismuto — ed infezioni gonococciche) ne discute il significato biologico e il valore pratico.

Il Segretario: E. Roncalli.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Le fibre elastiche nell'espettorato dei tubercolosi.

La loro ricerca destò interesse poco dopo la scoperta dei b. di Koch e poi venne abbandonata. Varii AA. in epoche diverse sono tornati sopra questo argomento. Buc e Picot (*Paris Méd.*, n. 32, agosto 1928) riportano ora i risultati ottenuti studiando il valore diagnostico e prognostico di questa ricerca. Come tecnica essi hanno adottato il metodo di Besançon e Brodiez con fucsina di Weighert che è particolarmente semplice. Essi concludono che è assai raro trovare fibre elastiche nell'espettorato di un t. b. c. cronico quando negli stessi sputi non vi sono bacilli di Koch visibili, sia all'esame diretto, sia con omogeneizzazione. Eccetto in alcuni pneumotoracizzati, gli AA. non hanno mai visto le fibre elastiche nei casi in cui l'inoculazione nelle cavie dette esito negativo. La loro ricerca non ha quindi per la diagnosi che un valore d'ordine secondario.

Circa il valore prognostico: non esiste forma di tubercolosi cronica evolutiva in cui, almeno in qualche momento, se non sempre, non venga eliminato del tessuto elastico. Esso è più frequente nelle forme distruttive e cavitarie che nelle discrete. Però anche nelle forme le più limitate e discrete, quando compaiono i bacilli, si può di tempo in tempo rinvenire delle fibre elastiche. Ciò toglie molta importanza al loro reperto.

In definitiva si deve ritenere che nella metà dei casi di tubercolosi in cui si possono colorare i b. di Koch, si possono coi mezzi più facili riscontrare le fibre elastiche. Ma questa percentuale permane invariata o quasi, tanto nelle forme a decorso grave, che nelle forme torpide. Da ciò si deduce che questo reperto ha un valore prognostico non differente da quello che ha la constatazione dei bacilli.

L. TONELLI.

Cultura o inoculazione ad animali per dimostrare i bacilli di Koch nell'urina, in essudati o nel pus?

Quasi 200 ricerche di bacilli tubercolari eseguite da B. Kemkes (*Deutsche med. Wochenschr.*, n. 46, 1928) nell'urina, in essudati e nel pus risultarono positivi al microscopio in soli 5 casi, l'esame culturale diede invece esito positivo in 20 casi: ne risulta la netta superiorità dell'esame culturale di fronte al solo esame microscopico.

In 13 casi la ricerca del bacillo di Koch riuscì positiva sia all'esame culturale che all'inoculazione all'animale. L'inoculazione ad animali riuscì positiva anche in altri otto casi che all'esame culturale non avevano rivelato bacilli di Koch. Reperti negativi all'inoculazione ad animali, positivi invece all'esame culturale si ebbero in un sol caso. Risulta da questi dati la superiorità del metodo dell'inoculazione ad animali di fronte all'esame culturale. L'esame culturale dà però risultati più precoci dell'inoculazione ad animali. In media dopo 28 giorni anzichè dopo 33 giorni.

POLLITZER.

CASISTICA E TERAPIA.

Le algie dell'arto superiore.

H. Roger (XXXII Congresso degli alienisti e neurologi francesi, 1928) considera successivamente:

1) la neuralgia cervico-brachiale reumatica, che decorre generalmente in due tappe, cervicale e poi brachiale, con punti dolorosi speciali; dolori durante i movimenti attivi e passivi, leggera atrofia muscolare, immagini radiologiche di sclerosi legamentosa o di produzione osteofitica, iperalbuminosi discreta. La si osserva verso la cinquantina, specialmente in donne. Presenta varietà sintomatiche (forma sensitivo-motrice di Léri, sindrome frusta sovraggiunta di A. Bernard-Horner con sintomi auricolari da risentimento arterioso, forme acute ad inizio apoplettiforme, forme iperdolorose, ecc.) anatomiche od eziologiche;

2) le algie brachiali di origine neurossitica, radicolari, talvolta stagionali, coesistenti talora con piccoli segni di encefalite letargica o comparse nell'ambiente di encefalitici;

3) la zona dell'arto superiore, con algie postzosteriche tenaci;

4) le algie traumatiche: causalgia, nevrite ascendente;

5) le algie da malformazioni rachitiche: coste cervicali, ipertrofia delle apofisi trasverse, sindrome di Klippel-Feil, spina bifida occulta;

6) le sindromi dolorose degli arti superiori: sindrome di Raynaud, eritromelalgia, acroparestesia, o piuttosto acrodisestesia a crisi, con formicolìo penoso, connesso talora con ipereccitabilità meccanica dei muscoli ed ipocalcemia, acrodinia a forma talvolta epidemica, con sudori locali, che dura anche per parecchi mesi.

La *diagnosi* fa classificare queste algie in *extranervose* (artrite, borsite, cellulite, arterite, flebite) e *paranervose* (nevrite cubitale, radiale, ecc., compressione del plesso da tumore, tubercolosi apicale, compressione del funicolo

da Pott, cancro delle radici, pachimeningite ipertrofica) e *nervose* (algie per nevrite periferica, tossiinfettive, per plessite, radicolite, algie di origine midollare od encefalite, topoparestesia di allarme di origine corticale degli ipertesi, algie di origine simpatica, algie riflesse per lesione di un qualsiasi organo, algie psichiche di cui la diagnosi si farà soltanto per esclusione).

Il *trattamento*, per quanto riguarda le algie pure o reumatiche, sarà diretto contro la diatesi artritica e metterà in opera nei casi acuti: aspirina, piretan, allonal, blu di metilene, oppiacei, gli antireumatici (jodio), le iniezioni locali (lipiodol, aria sterilizzata, ecc.), la luce, il calore, i raggi rossi, l'ionizzazione aconitinata, i raggi ultravioletti, la diatermia, le cure termali.

fil.

Costola cervicale bilaterale con paralisi completa dell'arto superiore sinistro.

L. Torraca (*Annali It. di Chir.*, 31 ott. 1928) riassume tutta la patologia dell'argomento e riferisce un caso di costola cervicale bilaterale, in cui si aveva paralisi completa di tutto l'arto superiore sin. Casi con paralisi così estese sarebbero secondo l'A. estremamente rari, tanto che il suo sarebbe soltanto il secondo registrato nella letteratura.

Si trattava di una donna di 17 a., nella quale i disturbi iniziatisi quattro mesi prima con formicolii alle dita si andarono gradatamente aggravando fino a raggiungere quaranta giorni prima dell'osservazione la paralisi completa dell'art. sup. sin.

L'A. intervenne asportando la costola sopramammaria e l'inferma riacquistò rapidamente la motilità del braccio; rimasero solo una paresi del deltoide e del gr. dentato che non esistevano prima dell'operazione e che l'A. pensa possano dipendere più che dalle manovre operatorie dall'evoluzione del processo di cicatrizzazione del focolaio di operazione.

G. MATRONOLA.

La paralisi cubitale dei ciclisti.

Due osservazioni di questa curiosa malattia sono state pubblicate da Bernhardt. Essa sarebbe dovuta, secondo Simpson e Destot, alla compressione del cubitale alla mano, tra il pisiforme ed il manubrio della bicicletta.

Stiefler (*Münchener mediz. Woch.*, t. LXXIV, n. 42) ha osservato un caso di paralisi bilaterale con reazioni elettriche anormali, in una giovane donna che apprendeva a montare sulla bicicletta da quindici giorni. La guarigione completa è stata ottenuta mediante il riposo ed il trattamento elettrico. Lo stesso Autore ha seguito recentemente due casi frusti. La ricerca eseguita presso i circoli ciclistici, e presso i medici, non ne ha posto altri casi in evidenza. Tuttavia due medici di campagna hanno osservato su loro stessi una paralisi simile sopravvenuta dopo 15 giorni circa di tragitti prolungati in bicicletta, attraverso strade cattive che li obbligavano ad aggrapparsi con forza ai manubri. Nei due casi la regressione dei disturbi è avvenuta in due mesi circa, cessata la causa provocatrice. Questi fatti sono da ravvicinare alle paralisi cubitali delle telefoniste (Cassirer), alle paralisi radiali da sonno, ecc. Forse si potrebbe pensare a una predisposizione speciale, a una fragilità preesistente del nervo, come causa individuale di questa localizzazione.

A. PICCINELLI.

Le mialgie reumatiche.

Oggigiorno vengono in realtà tenute troppo poco in considerazione. Verger e Delmas-Marsalet (*Annales de Méd.*, n. 4, aprile 1928) affermano che molte delle così dette sciatiche reumatiche sarebbero in realtà delle mialgie a topografia pseudosciatica. I dolori sarebbero in questi casi localizzati alla natica ed alla coscia, mentre il piede e la gamba restano indolenti. I dolori alla pressione si provocano perchè si comprimono i muscoli.

Frequente è l'associazione della lombaggine alla mialgia pseudosciatica. Anche i dolori toracici sarebbero spesso dovuti a mialgie anzichè a nevralgie intercostali.

La natura reumatica di queste forme è provata: e dall'associazione frequente della fèbbricola, di artralgie, dalle recidive, dall'azione del freddo umido e dal benefico effetto dato dal salicilato, e dall'aumento di temperatura locale. La terapia è quella di tutte le forme reumatiche. Utilissime sarebbero le iniezioni di salicilato di soda al 3 % nel muscolo dolente.

L. TONELLI.

La lombaggine acuta.

Questa affezione, per cui i francesi adottano la pittoresca espressione di « tour de rein », si inizia bruscamente, a colpo di frusta, e dà crisi talvolta estremamente penose, che rendono necessaria l'immobilizzazione in letto. La sede del dolore è più spesso lombare, ma talvolta anche dorsale, costale, cervicale.

A. Godlewski (*Journ. méd. franç.*, settembre 1928) che ha studiato su sè stesso l'affezione rileva che il dolore si esagera, non si presenta all'improvviso durante il movimento, ma è preceduto da un dolore lancinante insolito che dura da 15 secondi ad un minuto. Durante questo periodo, che può aversi anche nell'immobilità assoluta, un movimento qualsiasi prolunga ed esagera il dolore in modo da renderlo rapidamente insopportabile. Sem-

bra che in questi individui, in occasione di una contrattura spasmodica spontanea e localizzata si lacerino le fibrille contratte. L'A. ha osservato che, conservando l'immobilità *assoluta* al momento dello spasmo iniziale doloroso, si evitano le crisi di lombalgia acuta.

Il solo mezzo di sollievo immediato è la fasciatura con una larghissima striscia di tela forte, lunga 5-6 metri, che il malato nudo si applica da sè, facendo fare una controtrazione da parte di un aiuto e cingendosi la vita col girare sul proprio asse. La fascia deve andare dalle ascelle al bacino; deve essere tenuta giorno e notte e rinserrata mattina e sera.

Per calmare temporaneamente il dolore, sono utili le rivulsioni col ferro caldo, le ventose scarificate, le sanguisughe, talvolta la corrente faradica. Si evitino gli analgesici, come l'antipirina che ostacola la diuresi.

La diatermia, accanto a buoni risultati, ha dato degli insuccessi.

L'A. insiste per il trattamento dell'artritismo; egli ha osservato che la lombaggine si ha spesso in grandi mangiatori di pane; si sopprima, quindi, questo e si prescriva l'uso di succo di limone fresco.

fil.

Su una forma frequente e spesso misconosciuta di sciatica radicolare.

Se ne occupa N. Gierlich (*Med. klinick*, n. 42, 1928). Sciatiche radicolari che interessano la quinta radice lombare e la prima radice sacrale si confondono facilmente con infiammazioni dei rami terminali periferici del nervo sciatico al polpaccio ed al piede. I sintomi di deficit e quelli irritativi sensitivi non chiariscono la diagnosi. È particolarmente caratteristica per la sciatica radicolare un punto spiccatamente doloroso situato a circa tre centimetri di lato dal processo spinoso della quinta vertebra lombare; i punti dolorosi periferici sono invece meno pronunciati. In tutti i casi un po' gravi si osserva inoltre paresi dei muscoli peronei e reazione degenerativa più o meno spiccata; infatti questi muscoli ricevono la loro innervazione dalla quinta radice lombare e dalla prima sacrale. Talvolta è possibile dimostrare anche una paresi dei piccoli flessori. Parla in favore di un'affezione radicolare anche indebolimento dei riflessi patellare e plantare. La terapia comune (applicazione di caldo, galvanizzazione, diatermia, iniezioni nel nervo) è efficace soltanto se viene applicata al punto doloroso alla pressione corrispondente alle radici ammalate e non nei territori periferici.

POLLITZER.

Il trattamento della sciatica.

Trattamento interno. È il meno raccomandabile, ma è necessario ricorrervi nelle forme acute. Si farà uso di oppio e dei suoi derivati, di antipirina e derivati e di salicilati. P. es.:

Cloridrato di eroina	cg.	uno
Estratto di belladonna	»	uno
Gardenal	mg.	25
Antipirina	cg.	50

S. Per un *cachet*. Tre al giorno.

Oppure:

Pantopon	cg.	1
Caffeina	»	2
Piramidone	»	10
Aspirina	»	40

S. 2-4 al giorno.

Applicazioni esterne. Poco attive sono le frizioni ed i linimenti, di cui però non deve essere trascurato l'effetto psichico. Si può prescrivere: salicilato di metile, cloroformio, laudano, ana 10 grammi; alcool canforato g. 20; olio di giusquiamo g. 90.

Le applicazioni rinnovate di piccoli vescicanti cantaridati, o mosche di Milano, sui punti dolorosi danno spesso un reale vantaggio; così pure possono darne le polverizzazioni di cloruro d'etile o di etere. Inefficace è invece l'applicazione di punte di fuoco, di cui si è abusato.

Il calore, in tutte le forme agisce bene come sedativo; utili sono la borsa d'acqua calda, la compressa riscaldante elettrica, la doccia di aria calda, che convengono alle forme acute, mentre sono inefficaci in quelle subacute. In queste, si ricorrerà alla diatermia, che agisce talora in modo sorprendente. Le correnti galvaniche e la jonizzazione salicilica sono consigliabili quando vi sia atrofia muscolare.

Meno attivi della diatermia sono i raggi infrarossi e gli ultravioletti. La radioterapia e la radiumterapia danno talora risultati brillanti, ma si tratta di procedimenti di applicazione delicata e costosa.

Iniezioni. Quelle di aria hanno qualche volta degli effetti sedativi. Le iniezioni profonde paranervose hanno come scopo di portare in vicinanza del nervo dei liquidi analgesizzanti. Si fanno generalmente al punto di emergenza del nervo (a 6-8 cm. di profondità) con soluzione fisiologica (20-30 cmc.) pura o stovainizzata (2 cg. di stovaina) o con lipiodol (2-3 cmc.); non si inietti mai dell'alcool. (L'A. non parla delle iniezioni di acido fenico all'1 % che danno pure buoni risultati).

Agiscono talvolta da sedativo le iniezioni paravertebrali fatte profondamente nella massa sacrolombare di siero alla novocaina e di soluzione jodata. Le iniezioni epidurali, con cui si fa arrivare il liquido fino alle radici sacrali, danno buoni risultati anche in casi ribelli ad altre cure.

Cure idrominerali. Sono un utile aiuto e particolarmente indicate per prevenire le recidive.

(*Journ. de méd. de Paris*, 6 dic. 1928).

fil.

La resezione del n. presacrale.

Questo intervento ormai entrato largamente nella pratica ginecologica ha anche indicazioni che finora non furono fissate.

Suermondt (*Arch. f. Klin. Chir.*, vol. 152, pag. 80) ha avuto un bellissimo successo in tre casi di tubercolosi vescicale grave con intensa pollachiuria e dolori violenti. In tutti 3 i casi, subito dopo l'intervento, scomparvero il tenesmo vescicale e i dolori. Mentre prima i pazienti dovevano orinare ogni cinque minuti dopo la resezione del n. presacrale potevano trattenere l'orina per alcune ore.

L'intervento è eseguibile solo quando la funzione renale è discreta.

Una seconda indicazione è rappresentata secondo l'A. dai casi di tumori della vescica, dell'utero e del retto che, alla laparotomia, si presentino inoperabili.

Valdoni.

Estirpazione del ganglio di Gasser con conservazione della radice motoria nelle nevralgie del trigemino.

Zaaijer (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 152, pag. 76, 1928), per la facilità di recidive dopo le iniezioni di alcool, preferisce l'intervento diretto. La neurotomia retro-gasseriana sembra l'operazione migliore, specie nella modificazione di Adson che conserva la radice motoria il che ha grande importanza perchè non si abolisce la funzione masticatoria. Nelle forme bilaterali, la perdita di questa funzione è una debilitazione grave.

Per aver osservato in cinque casi di neurotomia sec. Adson 3 recidive è ritornato all'operazione classica di Krause, cioè alla estirpazione del ganglio di Gasser, da lui eseguita 32 volte.

Negli ultimi due casi ha cercato di estirpare il ganglio senza ledere la radice motrice e ha potuto eseguire questo intervento che tecnicamente è molto difficile.

Valdoni.

VARIA.

Le malattie da lavoro negli scarabei.

Anche negli animali che vivono in stato di libertà, il lavoro fatto per procurarsi il nutrimento ed assicurare quello della prole induce delle modificazioni, non diversamente da quanto accade per l'uomo lavoratore. È a tutti noto lo scarabeo sacro degli antichi Egiziani, *Ateuchus sacer*, un coleottero il quale *lavora* gli escrementi bovini ed equini, per farne delle pallottole che poi servono per alimento e per introdurvi le uova, in modo che la larva appena schiusa trovi subito un pasto adatto.

Con il largo e piatto clipeo, lo scarabeo scava e spezzetta gli escrementi, rastrellandoli ed eliminandone le fibre vegetali non nutritive. Fa passare la massa sotto le quattro zampe posteriori e l'arrotonda fino a darle la forma di una pallottola, che talvolta raggiunge la grossezza di una noce. Si tratta allora di portarla al luogo desiderato e prescelto, sia per mangiarsela, sia per deporvi le uova. Lo scarabeo abbraccia allora la sfera con le due lunghe gambe posteriori, di cui gli uncini terminali impiantati nella massa servono da perni di rotazione; prende appoggio sulle zampe intermedie e, facendo leva con le parti dentate di quelle anteriori che si appoggiano sul suolo, procede rinculando.

Questo lavoro continuato per molto tempo (la vita degli scarabei sembra piuttosto lunga) finisce per consumare gli arti, che si riducono addirittura a dei monconi. A. F. de Seabra (*C. R. de la Soc. portugaise de biologie*, 19 maggio 1929) ha osservato in uno di questi coleotteri, delle dimensioni di 35 mm., che le tibie posteriori, generalmente di 14 mm., erano ridotte a 4, per la destra, ed a 3 per la sinistra. Pure assai ridotta era la tibia intermediaria sinistra, di cui non rimaneva che un moncone di 8 mm., con la scomparsa del tarso. In un altro esemplare, le dentellature delle zampe anteriori erano quasi del tutto consumate ed il margine esterno delle tibie appariva appena sinuoso. Le tibie intermedie e quelle posteriori, consumate allo stesso modo, le ciglia terminali quasi del tutto scomparse, e così pure quelle che circondano il torace e ricoprono i femori; non rimaneva più traccia degli sproni terminali e le dentellature del clipeo erano pure visibilmente consumate.

L'aspetto di queste lesioni è del tutto diverso da quello delle fratture accidentali; soprattutto colpisce la simmetria delle lesioni, evidentemente dovuta al lungo uso nel quotidiano lavoro. Esse sono del tutto diverse da quelle osservate da Fabre (*Souvenirs entomogiques*, vol. I) consistenti nella mancanza costante dei tarsi alle zampe anteriori. Le lesioni messe in luce da de Seabra sono state notate soltanto in individui che avevano le caratteristiche della vecchiaia (assenza di peli, aspetto liscio ed omogeneo del tegumento, da cui sono scomparse le fini granulazioni). Individui che avevano quindi lavorato a lungo e che del lavoro avevano subìto le conseguenze, non diversamente da quanto si osserva nell'uomo. Ulteriori osservazioni in questo campo avrebbero indubbiamente un notevole interesse biologico, anche per non attribuire al lavoro deformità o lesioni che hanno patogenesi diversa e possono essere connesse invece con l'invecchiamento.

Filippini.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Congedi per motivi di studio.

Il Ministero dell'Interno, con recente circolare (20400, I,) ha emanato le seguenti opportune istruzioni.

« L'art. 27 del regolamento 19 luglio 1906, n. 466, sancisce pei Comuni, l'obbligo di disciplinare, nei capitolati, la materia dei congedi e delle supplenze per i sanitari condotti. Il successivo art. 29 dello stesso Regolamento stabilisce, poi, le norme direttive ed indeclinabili che debbono osservarsi nei capitolati medici riguardo ai congedi.

« Con tali disposizioni si è voluto provvedere al normale periodo di riposo dei sanitari condotti nell'interesse di detti funzionari, ed infine, del delicato servizio loro affidato.

« La legge, però, non prevede la figura del *congedo speciale per ragioni di studio*, e, pertanto, la concessione di tali congedi è, tuttora, rilasciata alla facoltà discrezionale dei Comuni.

« L'attività professionale dei sanitari condotti si svolge nella maggioranza dei casi, in piccoli centri.

« In tali condizioni di ambienti è ovvio che è reso particolarmente difficile ai suddetti sanitari di arricchire il loro patrimonio scientifico in relazione al costante progresso delle discipline mediche.

« Pur ricordando che la concessione dei congedi ha causa e limite nell'interesse del servizio, questo Ministero deve riconoscere che la concessione dei congedi supplementari per ragioni di studio merita di essere particolarmente incoraggiata, anche in considerazione dell'interesse generale connesso alla necessità che il medico condotto si tenga alla pari dei sanitari che esercitano liberamente la loro professione, al corrente dei nuovi orizzonti e delle nuove esperienze scientifiche.

« Ciò premesso si ritiene che, ove le condizioni del servizio lo permettano, ai sanitari condotti che desiderino di frequentare corsi speciali presso università e presso istituti scientifici e clinici, possano concedersi speciali licenze straordinarie in aggiunta a quelle ordinarie già contemplate dai vigenti capitolati, e senza ritenuta alcuna sullo stipendio o sugli altri emolumenti spettanti ai suddetti sanitari, tenuto conto dell'interesse preminente del servizio che a tali congedi si collega.

« Si pregano, quindi, le EE. LL. di fare opera persuasiva verso i signori Podestà, perchè ove non ostino, come si è detto, gravi motivi di servizio, la concessione di tali congedi venga a richiesta dei sanitari, periodicamente accordata, e tale concessione sia, possibilmente, inserita nei capitolati di servizio. E' superfluo soggiungere che i sanitari che usufruiranno di tali congedi dovranno comprovare, con validi documenti, la loro frequenza ai corsi anzidetti ».

CONTROVERSIE GIURIDICHE

XX. - Il periodo di prova non può essere eccessivamente ridotto.

Per i sanitari condotti e, in genere, per gli impiegati che hanno diritto di stabilità, la legge determina la durata del periodo di prova.

Che il termine non possa essere protratto, sia pure per accordo espresso, non è dubbio: la norma giuridica che regola quella particolare efficacia del rapporto di impiego che è definita *stabilità*, domina, per il fine al quale è diretta, la volontà della pubblica amministrazione e dell'impiegato.

Ma la durata dell'esperimento può essere ridotta? Per identità sostanziale di motivi, la risposta deve essere negativa. La legge considera necessario e sufficiente un determinato periodo di attività, particolarmente controllata, perchè possa essere fondato su basi apprezzabili un giudizio di valutazione.

Alla volontà della legge non può sostituirsi quella della pubblica amministrazione, la quale non potrebbe essere legittimata nemmeno dal consenso dell'altra parte.

La dimissione per fine di prova può essere, dunque, deliberata quando questa è compiuta.

Il rapporto di impiego può essere risoluto anche prima, ma per giustificati motivi, secondo le norme comuni dei procedimenti disciplinari, e non per apprezzamento discrezionale dell'attività dell'impiegato.

La legge stabilisce che la dimissione per fine del periodo di prova deve essere deliberata *almeno* tre mesi prima del compimento del termine. La giurisprudenza del Consiglio di Stato ritiene che debba essere anche *notificata* tre mesi prima e che, se non sia osservata questa regola, il provvedimento non produca alcun effetto.

Non potendo essere abbreviato il periodo di prova, la dimissione non può essere deliberata con anticipazione: per conciliare questa esigenza con la disposizione formale che stabilisce il termine *minimo* del preavviso (*almeno* tre mesi prima) la giurisprudenza è giunta ad un temperamento, che si può considerare ormai stabilizzato: anche prima di tre mesi, purchè l'anticipazione non sia eccessiva. Con decisione 18 gennaio 1929 n. 13 è stato dichiarato illegittimo un provvedimento di dimissione deliberato oltre sei mesi prima del biennio, cioè con anticipazione di oltre tre mesi dal termine normale.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

L'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato uno schema di decreto che istituisce l'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali.

Questo provvedimento rappresenta l'attuazione pratica di un altro dei postulati dello Stato fascista nel campo della previdenza e dell'assistenza sociale ed insieme la prima applicazione della legge 13 dicembre 1928, n. 2832, che ha attribuito al Potere Esecutivo la facoltà di attendere alla effettuazione dei principî della Carta del Lavoro con disposizioni aventi forza di legge.

Allo schema è allegata una lista delle malattie ammesse al risarcimento, che supera pure in numero le malattie professionali considerate dalla Convenzione internazionale di Ginevra. Questa riguarda soltanto le intossicazioni saturnina (da piombo) e idragirica (da mercurio) e la infezione da carbonchio; invece la lista adottata dall'Italia aggiunge alle due prime la intossicazione da fosforo, quella da solfuro di carbonio, quella da benzolo e derivati, e tra le infezioni parassitarie l'anchilostomiasi, mentre assegna l'infezione carbonchiosa tra gli infortuni sul lavoro sia nella industria che nella agricoltura.

Per l'attuazione della nuova assicurazione lo schema di provvedimento contempla varie modifiche alla legge sugli infortuni e introduce fra l'altro il principio dell'obbligo per l'operaio di sottostare alle cure che l'Istituto assicuratore ritenga necessarie.

Questa nuova provvidenza obbligatoria, deliberata dal Governo Fascista in occasione della festa del lavoro italiano, costituisce un notevole passo verso il completamento delle leggi nazionali in materia di previdenza sociale a favore delle classi operaie.

Il regolamento per il latte.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato il regolamento sulla vigilanza igienica del latte destinato al consumo diretto. Trattasi di un provvedimento di grandissima importanza, in quanto è rivolto a tutelare nel modo più efficace la pubblica salute e a far scomparire sistemi del tutto inadeguati alle esigenze dei tempi moderni.

Com'è noto, la Direzione generale di Sanità da vario tempo aveva iniziato gli studi per migliorare le condizioni del latte alimentare il cui consumo, specialmente in questi ultimi anni, è aumentato in misura soddisfacentissima. A tale uopo la Direzione stessa provvide ad inviare funzionari nei maggiori centri europei di produzione del latte allo scopo di studiare i vari sistemi di *pastorizzazione*, di mungitura, di vendita, ecc.

Il regolamento, approvato dal Consiglio dei ministri, disciplina il commercio del latte, dal punto di vista dell'igiene, dal momento della mungitura fino al consumatore.

Le *centrali* che il regolamento prevede nei Comuni che abbiano un determinato numero di popolazione, saranno l'ente coordinatore e, al tempo stesso, di controllo perchè l'alimento abbia tutti i requisiti necessari, non subisca mistificazioni e sia igienicamente perfetto.

Il latte, secondo le norme all'uopo stabilite, dalla vaccheria, dal centro cioè di produzione, passa alla centrale dove subisce i controlli agli effetti della produzione stessa, ivi subisce altresì il processo di pastorizzazione che completa ed integra quella somma di garanzie sanitarie per cui il latte può essere consumato con piena tranquillità, pure rimanendo in esso rispettata la presenza di taluni fondamentali elementi che sarebbero invece irreparabilmente distrutti con la ebollizione.

Il regolamento si occupa, inoltre, delle norme sui recipienti, i quali dovranno possedere speciali requisiti di garanzia affinchè non possano essere manomessi. Infatti, dovranno essere con rubinetto erogatore per modo che il liquido non potrà uscire per altra via, come pure non potranno essere aperte, dopo sigillate, le imboccature superiori.

Tale procedimento dev'essere usato anche per quei recipienti destinati dalla centrale ad Enti, cooperative, ristoranti, bar, caffè. Per il piccolo consumatore la consegna dovrà avvenire a mezzo di bottiglie debitamente anch'esse sigillate, come viene usato in altre Nazioni. È chiaro, pertanto, che il latte dovrà giungere al consumatore igienicamente sicuro.

Il regolamento fissa anche garanzie che lo rendono veramente perfetto. Parecchi articoli si riferiscono alla tenuta delle stalle ed altri alla mungitura delle vacche. Una speciale vigilanza viene esercitata sugli animali, nello intento di sincerarsi che la mammella sia integra. Coloro che sono addetti al lavoro di mungitura devono essere sopratutto *sani* e l'attestato non deve comprovare solamente che si rispettano le norme igieniche nell'opera di mungitura, ma che gli addetti a tale opera sono fisicamente sani.

Il regolamento, come abbiamo detto, è frutto di lungo studio e di grande esperienza di sanitari veramente competenti, e però è destinato a recare un validissimo contributo specialmente all'infanzia che di questo prezioso alimento assai si giova.

Ormai che il regolamento è stato approvato, anche la Città Capitale potrà iniziare i lavori per la costruenda centrale la quale, a quanto sembra, dovrà essere gestita dall'industria privata sotto il controllo quotidiano, s'intende, degli organi sanitari della civica Amministrazione.

Organizzazione della lotta antimalarica.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) ha inoltrato ai signori Prefetti del Regno ed al Governatorato di Roma una circolare, in data 27 marzo 1929-VII, sull'organizzazione della lotta antimalarica, con particolare riguardo alla coordinazione e unificazione dei servizi, ai Comitati antimalarici provinciali (composizione e compiti), all'attuazione pratica del programma di lotta, alla lotta nei comprensori di bonifica, ai mezzi finanziarii.

Ne daremo più ampia notizia in un prossimo numero.

Le farmacie nei luoghi di cura.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato un disegno di legge in virtù del quale i prefetti, per provvedere ai bisogni dell'assistenza farmaceutica nelle stazioni di cura, vengono autorizzati a permettere l'apertura, nelle suddette stazioni, di farmacie succursali, limitatamente al periodo di cura.

Il provvedimento contempera equamente, con opportune disposizioni, il pubblico interesse, che si connette al miglioramento dei servizi di assistenza farmaceutica, con quello dei farmacisti privati, che già esercitano nelle stazioni di cura o nelle vicinanze delle stazioni stesse.

Comitato internazionale per la protezione dell'infanzia.

Dal 12 aprile è riunito a Ginevra il Comitato per la protezione dell'infanzia e della gioventù il quale, in connessione con altri organismi internazionali, come l'organizzazione di igiene della S. d. N., l'Ufficio internazionale del lavoro, l'Istituto internazionale del cinematografo educativo, persegue la realizzazione di varie opere di carattere sociale, quale lo studio delle legislazioni comparate sulla protezione della vita e della salute dell'infanzia, la preparazione di una convenzione per l'assistenza e il rimpatrio dei fanciulli di nazionalità estera abbandonati, trascurati o delinquenti, gli effetti del cinematografo sulla moralità e la mentalità del fanciullo.

Presidente dell'attuale sessione del Comitato è il rappresentante dell'Italia, S. E. l'ambasciatore marchese Rainero Paulucci de' Calboli, e nostro delegato supplente il vice-console cav. dott. Formentini. Assiste inoltre ai dibattiti l'italiana professoressa in diritto Fanny Dalmazzo, assessore per l'Unione internazionale delle leghe femminili cattoliche.

Il Comitato ha continuato in numerose sedute a svolgere il suo vasto programma esaminando dettagliatamente lo schema di progetto di accordo internazionale preparato da un sottocomitato giuridico del Comitato stesso per il rimpatrio e il ritorno alle loro case dei fanciulli o adolescenti. Tale schema di progetto pone a carico degli Stati firmatari l'obbligo di rimborsare le spese di trasporto e di mantenimento dei connazionali di età minore che si trovano all'estero contro la volontà delle persone o delle autorità investite di patria potestà su di esse, e che fossero state sostenute dal paese nel quale il minorenne è stato rinvenuto.

Un altro punto precisa che in nessun modo l'accordo tenderà a sopprimere od a restringere il diritto delle persone legalmente investite di potestà sui minorenni di adire in conformità delle rispettive legislazioni nazionali i tribunali competenti. Il testo definitivo di progetto adottato tiene conto dei concetti sviluppati e precisa anche che le parti contraenti si impegnano a permettere e a facilitare il viaggio in transito del minorenne proveniente ovvero destinato ad uno dei paesi contraenti e stabilisce infine, per assicurare una protezione efficace ai minorenni, che le parti contraenti faranno appello, ogni qual volta le circostanze lo richiedano, al concorso delle organizzazioni pubbliche e private che si consacrano alla protezione dell'infanzia.

Un nuovo punto dei lavori del Comitato riguarda l'esame di un secondo progetto di convenzione internazionale per l'assistenza ai minorenni stranieri indigenti, che è fondato sui seguenti punti: 1) il minorenne straniero deve avere gli stessi diritti del connazionale in materia di assistenza, con la particolarità in più che esso può essere l'oggetto di una misura di rimpatrio; 2) l'interesse dei minorenni deve essere l'elemento essenziale di apprezzamento, quando si tratti di stabilire i provvedimenti da applicarsi; 3) il rimpatrio per causa di indigenza non è considerato sempre come il mezzo migliore per venire in aiuto al minorenne.

Un ultimo argomento riguarda la questione del cinematografo nei suoi rapporti col problema dell'infanzia. Una lunga e precisa relazione è stata letta a questo riguardo in sede di sessione del Comitato, dal comm. De Feo, direttore dell'Istituto internazionale del cinematografo educativo di Roma, nel quale è apparsa in tutta la sua portata, l'utilità pedagogica e sociale dell'opera che l'Istituto di Roma svolge.

Molti delegati hanno tenuto ad apportare il loro plauso a questa attività, così strettamente collegata con l'opera svolta dal Comitato per la protezione dell'infanzia, al quale il Governo italiano, promuovendo la costituzione dell'Istituto, ha reso un immenso servigio. Il Comitato, a riconoscimento ufficiale dell'importanza che si attribuisce all'avvenire dell'Istituto di Roma, ha deliberato alla unanimità di incaricarlo di occuparsi pure del problema del film educativo, destinato specialmente ai fanciulli, e che possa convenire, divertendoli, al loro sviluppo morale e intellettuale.

Cronaca del movimento professionale.

Congresso del Sindacato Nazionale Medico Fascista.

È stata fatta richiesta alla Presidenza del Consiglio dei Ministri per la concessione di tenere il Congresso del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici a Palermo nei giorni 26-28 maggio, pro-

fittando delle riduzioni ferroviarie per la Primavera Siciliana.

Al Congresso devono partecipare tutti i membri del Direttorio Nazionale, tutti i Segretari dei Sindacati Provinciali Medici possibilmente coi rispettivi Direttori e coi Consigli amministrativi degli Ordini dei Medici.

Hanno l'obbligo di partecipare al Congresso i Presidenti ed i componenti dei Consigli direttivi di tutte le Associazioni Culturali Mediche inquadrate nel Sindacato Medico Fascista.

Tutti i medici iscritti ai Sindacati possono liberamente intervenire al Congresso e prendervi parte.

Ordine del giorno: Relazioni morali e finanziarie; Elezione del Segretario generale e del Direttorio; Rapporti tra Ordini e Sindacati Medici; Inquadramento e disciplina delle Associazioni Mediche Scientifiche; Giornale scientifico; Mutue sanitarie; Varie.

Quei Sindacati, Associazioni ed Ordini che volessero proporre dei temi al Congresso debbono mandarli entro il 10 maggio al Sindacato Nazionale Medico Fascista, corso Vittorio Emanuele, 24, Roma.

Per le prenotazioni di alloggi ed informazioni rivolgersi al prof. Edoardo Calandra, segretario del Sindacato Medico a Palermo, via Arenella.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BELLUNO. *Consorzio Provinc. Antitubercolare.* — Medico direttore tecnico; L. 21.000 oltre L. 4000 serv. att. e 5 quadrienni dec.; scad. 15 mag.

CÁSSARO *(Siracusa).* — Scad. 20 mag.; L. 10.000 ridotte di L. 300.

CORATO *(Bari).* — Scad. 10 mag.; L. 7000 e 10 bienni di L. 250; non c.-v. nè serv. att.; tassa L. 50,15.

COSENZA. *Consorzio Provinciale antitubercolare.* — Direttore tecnico consorzio e Direttore Dispensario capoluogo. Stipend. L. 18.000 aumentabile L. 28.500 oltre serv. attivo L. 4500. Età 30-40 anni. Laurea conseguita da oltre 5 anni. Docum. di esper. clinica specializ. e di cultura igiene con spec. riflesso tubercolosi. Si terrà particolarmente conto titoli tecnica laborat. e di radiologia. Documenti e domande entro un mese dall'11 aprile.

COSENZA. *Ospedale Civile.* — Medico ordinario; L. 2400 (*sic*), al netto di R. M., oltre una percentuale sui proventi operativi. Nomina quinquennale. Rivolgersi all'Amministrazione dell'Ospedale. Scadenza 30 maggio.

DUMENZA *(Varese).* — Scad. 15 mag.; Consorzio; L. 12.000 oltre L. 900 uff. san., L. 500 ambulat., L. 3000 automobile (obbligat.); 3 quadrienni dec.; tassa L. 50,15.

GENOVA. *Comune.* — Medico dei dispensari comunali per le malattie veneree; L. 4500. Scad. 31 mag. Accettaz. entro 15 gg. Dichiaraz. in carta bollata di accettaz. delle norme stabilite nel bando di conc.

GENOVA. *Consorzio Antitubercolare della Provincia.* — Segretario tecnico-sanitario; scad. ore 17 del 30 giu.; età lim. 25-40 a.; laurea da 8 a.; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi dal 25 apr.; lire 17.800 e 4 bienni ventes., oltre L. 8000 serv. att.; indenn. trasf.; assicuraz.; ecc. Rivolgersi Segreteria (Palazzo del Governo).

LA SPEZIA. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esame. Posti di Direttore e di Assistente Sez. Medico-Micrografica provincia Spezia. Direttore stipendio annuo L. 14.000 elevabile a lire 22.800 con 6 aum. trienn. del decimo; indenn. serv. attivo L. 3500. Assistente stip. L. 10.000 elevab. come sopra a L. 16.000; indenn. serv. attivo L. 2000. Per entrambi cointeressenza sino al 50 % per le indagini interes. privato. Chiedere bando concorso Segreteria Gen. Amministrazione Provinciale.

LUBRIANO *(Viterbo).* — Per titoli. Stipendio annuo lorde L. 10.500. Caro-viv. come per legge. Assegno quale uff. san. L. 400 aument. del decimo per 5 volte. Età massima anni 35. Docum. di rito non super. di data a 3 mesi. Scadenza 22 maggio.

MONTEROSSO ALMO *(Ragusa).* — Scad. 10 mag.; L. 10.000 e 4 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

MOTTA S. LUCIA *(Catanzaro).* — Scad. 31 mag.; L. 7500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1500 cav.; tassa; doc. a 3 mesi dal 20 apr.; serv. entro 15 gg.; età lim. 45 a. Chied. annunzio.

ROCELLA IONICA *(Reggio Cal.).* — Scad. 25 mag.; 1ª cond.; L. 6000 (*sic*) e 4 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni (Ferrovie dello Stato).* — Concorsi per titoli ai seguenti posti di Medico di riparto: Matelica (Ancona), Como II (Milano), Cirò Marina (Reggio Calabria), Zagarolo (Roma), Portole (Trieste), Picerno I (Salerno), Cornigliano Ligure (Genova). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 31 maggio.

ROMA. *Ministero della Marina.* — È bandito un concorso per la nomina di 11 tenenti medici in servizio permanente.

Potranno parteciparvi i laureati in medicina e chirurgia che non abbiano oltrepassato il 30° anno di età alla data del 10 aprile 1929.

Gli esami avranno luogo in Roma il mattino del 1° luglio 1929.

Le domande di ammissione al concorso, corredate dai prescritti documenti, dovranno pervenire al Ministero della Marina entro il 5 giugno p. venturo.

Copia della notificazione di concorso e del programma degli esami potrà essere richiesta direttamente al Ministero della Marina (Direzione generale del personale e dei servizi militari e Direzione centrale di Sanità), alle Direzioni degli Ospedali militari marittimi di La Spezia, Taranto, Venezia, Pola, Maddalena, alla Direzione dei servizi sanitari della Regia Marina di Napoli e a quella dell'Infermeria di Brindisi.

Roma. *Governatorato.* — Coadiutore nella Sez. medico-micrograf. del Laborat. d'Igiene e Profil.; scad. ore 12 del 20 mag.; doc. poster. al 30 mar.; tassa L. 50; L. 16.000 e 2 quadrienni di L. 1000, oltre L. 4000 serv. att. Rivolgersi Ripartizione Personale.

Rovigo. *R. Prefettura.* — Uff. san. del consorzio Delta Padano; resid. a Taglio di Porto Viro; L. 36.000 oltre L. 12.000 automobile; esclusi altri compensi; divieto lib. eserc.; titoli ed esami; ab. 60.000 circa. Scad. ore 16 del 31 mag. Tassa L. 50,10 alla segreteria dell'Amministraz. del Consor. Chied. annunzio.

Sambuca di Sicilia (*Agrigento*). — Scad. 12 mag.; L. 8500 e 4 quadrienni; c.-v.

S. Martino in Pensilis (*Campobasso*). — Scad. 10 mag.; L. 6000 (*sic*) e 5 quadrienni dec.; se uff. san. L. 500; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

Taranto. *Consorzio Provinc. Antitubercolare.* — Direttore sanitario; età lim. 25-45 a.; tassa lire 50,10. Chiedere informazioni. Scad. 8 giugno.

Tramonti di Sotto (*Udine*). — Scad. 15 mag.; con T. di Sopra; L. 9000 per 400 pov. circa; c.-v.; L. 3000 per cavallo od autovettura; L. 900 se uff. san.; tassa L. 50,10.

Trequanda (*Siena*). — Scad. 9 mag.; capoluogo; L. 8500 e 6 quadrienni dec., c.-v. L. 1948,50, riduzioni di legge; per cavalc. L. 3500; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

Triora (*Imperia*). — Scad. 31 mag.; L. 9000 per 500 pov.; addizion. L. 5; uff. san. L. 500; cav. L. 1000.

Varese. *Consorzio Provinc. Antitubercolare.* — Segretario medico; L. 18.000; 3 trienni e 2 quadrienni dec.; riconoscim. metà servizi in altri Consorzi; indennità; c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10. Scad. 10 mag.

Villasimius (*Cagliari*). — Scad. 25 mag.; lire 10.000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 840 c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La Facoltà medica della R. Università di Roma nell'adunanza del 20 aprile ha proposto ad unanimità il trasferimento del prof. Giuseppe Ovio, della R. Università di Padova, alla cattedra di Clinica oculistica, resasi vacante in seguito alla perdita del prof. Giuseppe Cirincione.

La Facoltà medica della R. Università di Modena, nell'adunanza del 19 aprile, ha proposto ad unanimità il trasferimento del prof. Vittoriano Cavara della R. Università di Siena alla cattedra di Clinica oculistica, resa vacante dal passaggio alla sede di Torino del prof. Luigi Guglianetti.

Quale successore del prof. E. Feer sulla cattedra di clinica pediatrica all'Università cantonale di Zurigo, è stato assunto l'aiuto prof. G. Franconi.

Sotto gli auspicî e col concorso finanziario del noto banchiere Giannini, direttore della « Bank of Italy », il prof. Giuseppe Caronia si è recato a San Francisco in California, ove trascorrerà un anno presso la « Fondazione Hooper per Ricerche Mediche », della Facoltà di Medicina, onde compiere delle ricerche scientifiche sull'eziologia del morbillo e della scarlattina.

Il dott. Maurice B. Visscher è nominato professore di fisiologia e farmacologia all'Università della California meridionale (Los Angeles).

Il dott. John O. Bower è stato chiamato alla cattedra per ricerche chirurgiche istituita dalla Scuola Medica della « Temple University » di Filadelfia.

Questa cattedra di chirurgia sperimentale è di nuova formazione.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Napoli.

VIII Congresso della Società Italiana di Neurologia.

Il 10 aprile 1929 nell'aula De Sanctis del Nuovo Palazzo Universitario di Napoli si è inaugurato l'8° Congresso della Società italiana di Neurologia.

La seduta inaugurale è stata resa assai solenne dall'intervento delle autorità accademiche, del rappresentante della Provincia, di quello del Comune, delle autorità militari e di un folto numero di cultori di Neuropatologia rappresentanti di tutte le scuole italiane.

La cerimonia inaugurale si è iniziata con un discorso del R. Commissario al Comune di Napoli, gr. uff. Almansi il quale porge il saluto della città ai congressisti.

Secondo oratore è il prof. R. Jemma, preside della Facoltà di Medicina, che parla anche in rappresentanza del Rettore Magnifico.

Prende infine la parola il prof. O. Fragnito, presidente del Comitato organizzatore del Congresso. Egli comunica con dolore l'assenza dell'illustre Presidente della Società di Neurologia, il prof. Tanzi, impedito a venire per recente infermità. L'O. ringrazia le autorità presenti per il loro intervento e invia poi un saluto al prof. Henschen, il quale da Stoccolma ha inviato la sua fervida adesione al Congresso comunicando il suo rammarico per non esser potuto intervenire per malattia, ed esprimendo con nobili parole la sua ammirazione per la Nazione Italiana e per i Neurologi italiani.

Il prof. Fragnito passa poi a commemorare i Neurologi morti nell'ultimo triennio, dopo l'ultimo Congresso di Torino.

Emanuele Gentile, Giacomo Lombroso, Giuseppe d'Abundo, Leonardo Bianchi, Corrado Fano, Angelo Zuccarelli, Camillo Negro, Ulisse Testa, Silvio Tonini, Enrico Morselli: ecco, in ordine cronologico, l'elenco doloroso degli scomparsi fra i soci nazionali. A cui bisogna ancora aggiungere il socio straniero Ugo Liepmann, il noto autore degli studi sull'aprassia.

L'O. commemora brevemente questi illustri scomparsi, fermandosi specialmente a ricordare l'opera poliedrica di Leonardo Bianchi e di Enrico Morselli.

Dopo questa commemorazione, il prof. Fragnito dice come si possa con piacere constatare che a prendere il posto degli scomparsi si avan-

zano nuovi giovani lavoratori che con entusiasmo si danno allo studio della Neuropatologia.

Passa quindi l'O. ad esaminare la questione da molti prospettata della decadenza degli studi di Psichiatria in Italia. Certamente deve convenirsi che in questi ultimi anni la maggior parte delle ricerche dei Neurologi italiani si è indirizzata specialmente alla Neuropatologia e assai poco si è fatto nel campo della Psichiatria. Una conferma a questo asserto può venire anche da uno sguardo all'elenco delle comunicazioni presentate a questo Congresso, che per la maggior parte riguardano appunto argomenti di Neuropatologia.

La causa di questo orientamento unilaterale degli studi di Neurologia in questi ultimi anni va ricercata in parte in alcune cause contingenti, come il grande materiale umano offerto dolorosamente allo studio della Neuropatologia dalla Traumatologia nervosa di guerra e dalla encefalite letargica, che ha infierito nell'ultimo decennio. Ma principalmente questo fenomeno è dovuto al fatto che purtroppo le Cliniche Italiane, dopo la separazione dai Manicomi provinciali, non sono, per la massima parte, in condizioni di ospitare malati di mente. È questa una deficienza grave, che torna a scapito degli studi e a cui bisogna, nell'interesse della scienza italiana, porre riparo.

Il Congresso inauguratosi in nome della Maestà del Re e sotto gli auspici del Capo del Governo, che si è compiaciuto di autorizzarne la convocazione, dimostrerà che la Neurologia italiana non è in regresso, e che i giovani neurologi, in cui sono poste tutte le nostre speranze, sono ben degni delle nobili tradizioni scientifiche del nostro Paese.

Una ovazione entusiastica corona il discorso del prof. Fragnito.

Quindi la seduta è rinviata al pomeriggio per l'inizio dei lavori. Ne daremo il resoconto nei prossimi numeri.

B.

NOTIZIE DIVERSE.

2° Congresso internazionale sulla malaria.

Come abbiamo annunziato, si adunerà ad Algeri dal 19 al 21 maggio 1930. Coinciderà con la commemorazione del cinquantenario della scoperta di Laveran.

Sono stati costituiti 4 Comitati: di patronato, d'onore, permanente ed esecutivo. Del Comitato permanente fanno parte, per l'Italia, i proff. E. Marchiafava, V. Ascoli e G. Bastianelli.

Il Comitato esecutivo è così composto: presidente E. Marchoux; vice-presidenti Edm. e Et. Sergent; segretario generale L. Parrot; segretario gen. aggiunto A. Catanei; membri H. Foley, L. Raynaud, G. Senevet, E. Balensi, P. C. Comte, C. Vialatte.

I lavori saranno ripartiti in 6 sezioni: Parassitologia, Entomologia, Epidemiologia, Patologia e Clinica, Terapia, Profilassi. Si prega d'inviare il testo delle comunicazioni alla segreteria generale non oltre il 31 dicembre 1929, corredandolo di un breve sunto. Lingue ufficiali saranno: il francese, l'inglese, l'italiano, lo spagnolo e il tedesco.

Per i membri aderenti la quota è di 100 franchi; essa dà diritto a riduzioni del 50 % sulle ferrovie e del 20 % sui piroscafi (30 % per comitive non inferiori a 30). Sono previste escursioni nella Mitigia (un tempo detta « la tomba dei colonizzatori »), a Costantina (ove Laveran fece la sua scoperta) e al villaggio di Laveran.

La commemorazione di Laveran è affidata al prof. F. Mesnil.

Per qualsiasi informazione e per i programmi rivolgersi alla segreteria generale, Institut Pasteur, Alger (Algeria).

Congresso italiano di dermosifilografia.

Ricordiamo che la 25ª riunione della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia è indetta a Milano dal 9 al 12 maggio. Temi di relazione: 1° Pireto- e malaria-terapia nella sifilide (Prof. A. Pasini, Milano); 2° Reazioni di difesa e stati immunitarii cutanei (prof. G. Mariani, Bari).

È in programma una gita ai laghi lombardi.

Per informazioni e programmi rivolgersi al dott. Luigi Cattaneo, R. Clinica Dermosifilopatica, Milano, via Pace 9; per la presentazione di casi clinici darne avviso al prof. Mario Truffi, R. Clinica Dermosifilopatica di Padova.

Le giornate mediche di Parigi.

Come abbiamo già annunziato, si svolgeranno dal 9 al 14 giugno.

Programma scientifico. — Tutte le mattine, nei giorni 10, 11 e 12 giugno, dimostrazioni pratiche nelle Cliniche della Facoltà, negli Ospedali pubblici e privati, operazioni chirurgiche, ecc. Ad ogni aderente sarà consegnato un programma particolareggiato.

Lunedì 10 giugno, ore 15: Prof. P. Delbet: « Importanza biologica dei sali alogeni di magnesio »; ore 16: Conferenza di un professore straniero.

Martedì 11 giu., ore 15: Prof. Sergent: « Bronchiettasie con ascesso ed ascessi polmonari bronchiettasici »; ore 16: Conferenza di un professore straniero; ore 17: Al Bourget: sotto il patronato di S. E. il Ministro dell'Aria, organizzazione di un interessante programma di aviazione sanitaria, col concorso del Servizio di Sanità Militare.

Mercoledì, 12 giu., ore 15: Dott. Lesné: « Cause e cura del rachitismo »; ore 16: Prof. Leclerc: « L'esame medico prematrimoniale ».

Feste ed escursioni. Il Comitato dei festeggiamenti, presieduto dal Dr. H. Rothschild, ha preparato un vasto programma di gite e di ricevimenti.

La quota di adesione è di Fr. 50 per i medici francesi o stranieri, come per gli studenti stranieri, e di Fr. 20 per le signore o per i figli degli aderenti. Le quote debbono essere inviate al Dr. Tixier, 18 rue de Verneuil, Paris.

Commissione internazionale contro la guerra chimica.

Si è tenuta a Roma la 2ª conferenza della Commissione internaz. degli esperti per la protezione delle popolazioni civili contro la guerra chimica.

La 1ª conferenza aveva avuto luogo a Bruxelles nel gennaio 1928.

Colonia profilattica della C. R. I. in Roma.

Con l'intervento della Duchessa d'Aosta e dei Principi Cristoforo di Grecia, la Colonia Profilattica della C. R. I. del Testaccio in Roma è stata intitolata al nome della Principessa Jane di San Faustino. Erano presenti molti invitati e parecchie signore dell'aristocrazia.

Il sen. Cremonesi, presidente generale della C. R. I., ha ricordato l'opera benefica della Principessa, che da molti anni prodiga le sue magnifiche energie a favore di questa grande opera di bontà, che con ritmo sempre crescente assiste e provvede alla salute fisica e morale dei bimbi poveri. La Duchessa d'Aosta consegnò alla festeggiata la medaglia d'oro al merito della Croce Rossa, la più alta onorificenza che questa conferisce.

La Principessa ha ringraziato con commosse parole.

Assistenza ai tubercolotici a Ragusa.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato un disegno di legge, recante la creazione di un nuovo Ente denominato « Ospedale Tubercolosario e Sanatorio Benito Mussolini », con sede in Ragusa, mediante la fusione dell'Opera Pia « Messa dell'Alba », già esistente in Ragusa, con l'Ospedale Sannito, esistente nello stesso Comune.

I benefattori dell'Ospedale Maggiore di Milano.

L'amministrazione del grande e storico ospedale ha pubblicato un artistico ricordo dei *Benefattori dell'Ospedale Maggiore nell'ultimo biennio e dei nuovi ritratti*. Sono brevi pagine ricche di notizie precise e interessanti assai la vita cittadina, dovute al dott. Pio Pecchiai, il dotto archivista dell'Ospedale. Notevolissimo il cenno biografico di Marco Praga, il quale, come è noto, lasciò tutti i suoi averi alla *Cà granda*, però vietando che lo si ricordasse col tradizionale *ritratto*. E bene in questa accorata biografia è assai ricordato il padre di Marco, Emilio Praga, che fu un grande poeta nel senso profondo della parola e che dalla sua fossa ormai dispersa nel vecchio cimitero di Porta Magenta, *el Fopponin*, attende ancora il riconoscimento della posterità. Emilio Praga avea cantato la nascito di Marco con una delle più belle liriche della nuova Italia, augurandogli ogni bene del mondo vano e risonante, pur preferendogli una vita oscura e serena che al figlio non toccò.

Notevoli pure le biografie del dott. Eugenio Brugnatelli, del dott. Giovanni Ballerio, valoroso caduto in guerra, e del dott. Ambrogio Bertarelli.

L'amministrazione dell'Ospedale ha pure pubblicato in un elegante opuscolo il discorso pronunciato il 25 marzo 1929 dal commissario prefettizio degli I. O. avv. cav. Attilio Marolla nella biennale ricorrenza della *Festa del Perdono*. Il discorso è importante per le discussioni sulle vecchie e nuove comprensioni della beneficenza ospitaliera.

Corso complementare in igiene.

Si è iniziato il 29 aprile presso il R. Istituto d'Igiene di Pisa ed avrà la durata di un bimestre; tassa L. 300.

Corso sulle malattie allergiche.

Il prof. Storn van Leewen terrà dal 21 al 23 maggio un corso sulla « Diagnosi e terapia delle malattie allergiche » in lingua tedesca, nell'Istituto di Farmaco-Terapia dell'Università di Leida. Oltre al van Leewen ed ai suoi assistenti prendono parte al corso i proff. Brauer (Amburgo), Rost (Friburgo), Rondoni (Milano) e il dottor Dekker (Wald).

La tassa d'iscrizione è di 20 RM, e ne sono dispensati gli assistenti giovani. Richiedere il programma all'Istituto Farmaco-terapeutico dell'Università di Leida.

Cartello di propaganda igienica e sociale.

Il prof. G. Angelici ha redatto e pubblicato un cartello di propaganda per gli operai e per la gioventù scolastica, concernente i seguenti temi: la *vecchiaia*, la *tubercolosi*, l'*alcoolismo*, l'*analfabetismo*, la *miseria*.

In un solo cartello del formato 50×70, tutti e cinque i temi sono singolarmente tratteggiati con brevissime nozioni sulle cause, sui rimedi o mezzi per combattere tali flagelli, e sulle provvidenze dello Stato.

Tale cartello istruttivo ed educativo ha raccolto già molti e autorevoli consensi; ed è indicato per l'affissione negli Stabilimenti, nelle Aziende rurali, negli Uffici di Sanità, nelle Scuole, ecc.

Fra gli Enti indicati per promuoverne la diffusione sono gli Uffici Sanitari Comunali e in genere le Amministrazioni Comunali, come pure i Consorzi provinciali antitubercolari.

Nuovo istituto biologico a Boston.

La Fondazione Rockefeller ha assegnato 2 milioni di dollari, pari a circa 40 milioni di lire it., all'Università Harvard di Boston, allo scopo di concorrere a fondare un Istituto di Biologia, il cui preventivo importa 6 milioni di dollari, pari a 114 milioni di lire it.

La Fondazione Rockefeller si è impegnata ad elargire un altro milione di dollari, quando tutto il restante della somma sarà stato coperto.

La massima parte dello stanziamento avrà lo scopo di stipendiare un corpo di studiosi. Una vasta sezione sarà destinata alla fisiologia generale.

All'Università Yale di New Haven.

È stata inaugurata la 5ª Unità del Gruppo universitario-ospedaliero di New Haven (Connecticut).

Esso è destinato prevalentemente ai laboratorî e comprende 225 stanze. Ne fanno parte 8 sale operatorie, una grande sezione traumatologica, sezioni per ricerche scientifiche e per l'insegnamento della chirurgia generale, dell'ostetricia, della ginecologia, della patologia, della batteriolo-

gia, della sanità pubblica e dell'assistenza infermiera. Vi sono anche 12 piccoli laboratorî, a ciascuno dei quali possono assegnarsi 6 perfezionandi, che trovano alloggio nello stesso edifizio.

Donazioni munifiche all'Università di Sidney.

Il sig. George H. Bosch ha donato all'Università di Sidney (Australia) la somma di 220.000 sterline, pari a 20 milioni di lire it., il cui reddito dovrà essere destinato alle cattedre di clinica medica, clinica chirurgica e batteriologia.

Un anno addietro lo stesso Bosch aveva donato 27.000 sterline, pari ad oltre mezzo milione di lire it., perchè fosse fondata una cattedra d'embriologia e d'istologia e per promuovere le ricerche mediche.

Egli è un appassionato studioso dei problemi medici, pur non essendo medico; si è interessato in specie alle ricerche nel campo neurologico.

Scopo principale delle donazioni sarà di esonerare i titolari delle cattedre dai gravosi impegni della professione libera, affinchè possano consacrarsi per intero alla ricerca scientifica ed all'insegnamento.

Associazione internazionale dei medici di lingua spagnola.

Si è tenuto a New York il convegno annuale dell'Associazione internazionale dei medici, dentisti e farmacisti che parlano lo spagnolo.

È stato eletto presidente pel 1929 il dott. J. M. Gershberg; segretario generale il dott. J. J. De-Prume.

Settimana di terapia fisica a Los Angeles.

La « Western School of Physical Therapy » terrà la sua 11ª sessione annuale a Los Angeles (California) dal 17 al 20 giugno, sotto la direzione del dott. Burton B. Grover.

Seguirà la riunione annua della « Pacific Physiotherapy Association ».

Per informazioni e programmi rivolgersi al Dr. Chas. Wood Fassett, Hotel Glendale, Glendale, Calif., S. U. d'A.

Per i medici che visitano l'Ungheria.

Il Governo ungherese ha fatto allestire una guida per i medici e per gli studenti di medicina stranieri che desiderano visitare l'Ungheria e che intendono trattenervisi per compiere delle ricerche o proseguire gli studi.

La guida viene offerta gratis.

Gl'interessati possono farne richiesta, mediante semplice carta da visita, ai Consolati, ovvero alle sedi della « Cunard Line ».

Il prof. Ramon y Cajal.

Il prof. Santiago Ramon y Cajal compie 77 anni il giorno 1º maggio.

In tale occasione un redattore de « La Medicina Ibera » ne ha ottenuto un'intervista. Il sommo scienziato ebbe a dimostrarsi di un'affabilità squisita.

Egli era circondato dai suoi coadiutori, proff. Lorente de Nó, Pascual de Juan, Fernando de Castro, dagli assistenti e dalla segretaria miss Kety Lewy, una graziosa figlia d'Albione che conosce più lingue e parla lo spagnolo con perfetto accento castigliano. Era anche presente il dott. Tchernjachiwsky, professore d'istologia a Kiew, venuto a frequentare l'Istituto.

Questo è assai modesto; ma verrà presto sostituito da un Istituto grandioso, ora quasi ultimato e che il Cajal spera di inaugurare.

L'elenco delle distinzioni scientifiche conferite allo scienziato spagnolo occuperebbe molte pagine. Interrogato su quella che gli era riuscita più accetta, rispose che fu la medaglia d'oro Helmholtz, assegnatagli nel 1905 dall'Accademia Imperiale delle Scienze di Berlino; tuttavia rilevò che il premio Nobel, attribuitogli nel 1906, lo ha reso più popolare.

Il conflitto sanitario franco-inglese.

L'epidemia di vaiolo dalla quale è attualmente colpita l'Inghilterra e di cui si sono verificati una cinquantina di casi a bordo di un vapore (Tuscania), ha provocato delle misure difensive da parte delle autorità sanitarie francesi.

Esse sono state considerate vessatorie dal governo inglese. N'è derivato un conflitto, che ha avuto eco alla Camera dei Comuni, risoltosi amichevolmente con la nomina di una Commissione di esperti sanitari francesi ed inglesi, la quale stabilirà le provvidenze atte ad evitare ogni pericolo d'infezione alla popolazione francese.

Una rievocazione storica.

Alla riunione annuale della « Fulton County Medical Society » di Atlanta (Stati Uniti) si è fatta una strana rievocazione storica della medicina: undici soci hanno impersonato i più reputati medici di tutti i tempi; ne hanno vestito gli abiti e si sono truccati in modo da somigliare, più o meno, ai personaggi rappresentati; hanno formato, così, un gruppo assai eterogeneo; poi ciascuno ha tenuto una breve conferenza, di non oltre 10 minuti, sulla propria opera... Gli abbigliamenti andavano dalle toghe di Ippocrate e di Galeno alle redingotes di Lister e di Koch, attraverso i calzoni stretti e la parrucca bianca di Jenner e di Laënnec. Questa mascherata medica ha avuto enorme successo.

Strage di topi a Milano.

Al principio del mese di maggio, per la durata di quattro giorni, a Milano si farà strage di topi. I mezzi verranno forniti dai vari enti e in buona parte dal Comune, che ha pronte grandi quantità di micidialissime sostanze topicide. Sarà così il Podestà a dare il segnale della strage con una ordinanza che renderà la derattizzazione obbligatoria sotto il controllo dell'ufficio d'igiene municipale e dei gruppi rionali fascisti.

Un'assoluzione.

Il Tribunale di Roma ha prosciolto in istruttoria, con la formula più ampia, il dott. Francesco Marinetti, di Grottaferrata, dall'imputazione di morte colposa di una bambina, per metodi imprudenti di cura, imputazione formulata dal collega dott. Francesco Zacchi.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Clin. Chirurg., mar. — PEZCOLLER. Cisti congenite del collo di origine timica. — AGRIFOGLIO. Ossificazioni post-traumatiche.

Münch. Med. Woch., 12 apr. — SCHOTTMÜLLER. Sulla scarlattina. — HOHN, MEINICKE. La reazione di schiaramento di Meinicke nella sifilide.

Mediz. Klinik, 12 apr. — R. MÜHSAM. Il morbo di Gaucher. — G. BRAUN. Torcicollo.

Vers la Santé, gen.-mar. — A. CALMETTE. L'igiene mediante l'esempio.

Minerva Med., 7 apr. — E. GIANI e G. TORELLI. La funzionalità respiratoria studiata con maschera manometrica di Pech nei sani e nei malati. — P. MARCOVICH e G. DECLEVA. Azione dell'insulina sul tono muscolare dello stomaco.

Wien. Klin. Woch., 11 apr. — EISELSBERG. Teodoro Billroth. — HOCHENEGG. Genesi e terapia del cancro.

Deut. Med. Woch., 12 apr. — RICHTER. La gotta. — FISCHLER. Il ricambio degli idrocarbonati.

Mediz. Welt, 13 apr. — BUJNEWITSCH. La formaz. dell'urina. — HINDHEDE. L'alimentazione carnea quale causa di malattie.

Acta Med. Scand., 30 mar. — E. B. SALÉN e T. NYRÉN. Esistono glicosurie differenziabili dal diabete? — F. NORD. Influenza del glicocolle e dell'ac. glutammico destrog. sulle sostanze riduttrici non fermentiscibili del sangue.

Amer. Journ. Med. Sc., apr. — B. GRUSKIN. Sierodiagn. del cancro. — L. H. SIGLER. Aritmia vasomotoria. — H. K. MOHLER. Atelettasia acuta massiva (non chirurg., non traumat.). — E. M. SCHLOSS e P. R. MILLER. Voloc. di sediment. combinata a sieroreaz. per la diagn. di tbc. — W. O. AYER. Periodo pre-paralitico della poliomielite; risultati della sieroterapia. — F. KENNEDY. Complicazioni nervose consecutive all'uso di siero a scopo curativo e profilattico. — F. E. HILL e G. WILSON. Psicosi tossiche.

Morgagni, 31 mar. — T. RICOZZI. Colesterinemia nei gastropatici.

Riv. di Patol. e Clin. d. tub., 31 mar. — I. AJELLO. Trasmissione trasplacentare dell'ultravirus tubercolare. — A. CAMPANI. Rari effetti dannosi del pneumot. artif.

Journ. de Méd. de Lyon, 5 apr. — C. ROUBIER. Pachimeningiti retrattili consecutive al pneumot. artif.

Lancet, 13 apr. — O. LEYTON. Somministraz. dell'insulina in sospensione. — T. S. GOOD. Cachessia ipofisaria nella tabe dors.

Zbl. f. inn. Med., 13 apr. — L. ROBÁCEK. Terapia delle nefrosi con estratti epatici. — H. SCHULTZ. L'asma come problema psico-terapeutico.

Minerva Med., 14 apr. — Numero sul cancro.

Journ. A. M. A., 30 mar. — Numero sull'insegnamento.

Brit. Med. Journ., 13 apr. — C. GORDON-WATSON. Radiumterapia del cancro del retto.

Gaz. d. Hôp., 10 apr. — R. BENON. Astenia cronica e irritabilità.

Journ. de Méd. de Bordeaux, 10 apr. — G. JEANNEY. Cancro e traumatismo.

Paris Méd., 6 apr. — Numero di gastroenterologia.

Radiologia Med., apr. — F. PERUSSIA. Telecurieterapia. — E. LOLLI. Sull'esercizio della radiologia.

Riv. Ter. Moderna e Med. Pratica, Milano, aprile 1929. — Soggiorni invern. alta montagna. — Clima montagna e malattie ricambio. — Clima montagna e malattie infanzia. — Rivendicazioni Italiane. — Iconografia. — Mostra stampa Medica Italiana di Milano.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. **V. ASCOLI, Red. resp.**

ANNO XXXVI Roma, 13 Maggio 1929 Num. 19

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale di S. Spirito in Sassia - Roma - Sala Lancisi.
Primario: Prof. G. PILOTTI.

Ematemesi e crisi gastriche tabetiche.

Dott. VITTORIO CANTALAMESSA, aiuto.

L'ematemesi nel corso di una crisi gastrica tabetica è una eventualità conosciuta da molto tempo poichè è stata segnalata per la prima volta da Vulpian nel 1879 e successivamente da Charcot che l'ha descritta col nome di « vomito nero della tabe ». Ad ogni modo si tratta di una eventualità molto rara. I trattati classici ne fanno appena cenno e Neuman (citato in un articolo molto recente di Hudelo e Rabut) (7) nel 1915 non poteva raccoglierne nella letteratura medica più di una dozzina di casi, alcuni dei quali lasciano anche dubbiosi sui criteri che sono stati giudicati sufficienti per escludere altre cause di emorragia.

Poichè dal punto di vista clinico non è sempre possibile escludere con assoluta certezza la coesistenza di un'affezione organica dello stomaco, capace di determinare l'emorragia, e in alcuni rari casi capace anche di provocare, all'infuori della tabe, crisi gastralgiche molto simili alle vere crisi gastriche tabetiche.

A rigor di termini questa certezza non potrebbe essere data che dal reperto negativo anatomico operatorio o necroscopico. Ma non si può negare che in alcuni casi, come in quello che mi accingo ad esporre, l'indagine clinica accurata e sopratutto le importanti e precise ricerche sussidiarie possono permettere di escludere con la massima verosimiglianza l'esistenza di una gastropatia organica.

Circa la patogenesi di queste ematemesi tabetiche si ritiene che esse siano in rapporto con una speciale alterazione e fragilità vascolare determinata dalla sifilide, o con fenomeni vasomotori, o, come è più probabile, con l'uno e l'altro di questi fattori. È noto difatti che la crisi gastrica si associa ad una vasocostrizione di cui è esponente l'aumento della pressione arteriosa constatabile quasi di regola durante la crisi. Questa ipertensione sarebbe per Pall la causa efficiente della crisi dolorosa ed egli riporta osservazioni di casi nei quali la sommini-

strazione di medicamenti ipotensivi hanno fatto sparire quasi bruscamente il dolore; mentre d'altra parte si è riusciti a provocare in un tabico l'insorgenza della crisi con iniezioni di adrenalina (H. Claude et L. Cotoni) (3).

Per altri, però, l'ipertensione non sarebbe causa ma conseguenza della crisi. Così Heitz e Norero (2) ritengono che la crisi vasocostrittiva sia secondaria al dolore che, provocato da una irritazione parossistica delle radici posteriori, si accompagnerebbe a fenomeni riflessi localizzati nello stesso territorio radicolare (vomito, vasocostrizione).

Comunque sia l'ipertensione accompagna generalmente la crisi e può in certi casi determinare piccole rotture vasali.

L'evenienza di una ematemesi non è frequente probabilmente perchè l'emorragia può solo avvenire quando alla ipertensione si associa un particolare stato di fragilità dei piccoli vasi della mucosa.

B. C., di anni 42, mattonatore. Celibe. Entra in Reparto il 23-8-1928. Forte bevitore (fino a 3-4 litri di vino al giorno), forte fumatore.

Anamnesi famigliare negativa.

A 17 anni contrasse blenorragia.

A 21 anni febbre tifoidea.

A 22 anni contrasse ulcera unica che guarì in circa un mese e che un sanitario diagnosticò come sifilitica.

A 25 anni ammalò con febbre, ittero e dolori addominali sui quali il p. non sa dare maggiori schiarimenti; guarì ad ogni modo completamente in pochi giorni.

Dall'età di 33-34 anni (vale a dire da 8-9 anni) il p. ha cominciato ad avvertire, ed avverte tuttora, frequenti, improvvisi e rapidissimi dolori agli arti inferiori, dolori che egli definisce come trafitture. Questi dolori insorgono di giorno e di notte, ma specialmente di notte. Talora avverte anche formicolii e passeggero senso di intormentimento alle mani e ai piedi. Non cefalea. Questi disturbi non hanno mai raggiunto una intensità tale da impedire al p. di attendere al suo abituale lavoro e per quanto essi fossero abbastanza frequenti e molesti, pure egli non ha mai creduto di dover dar loro eccessiva importanza.

Circa un anno addietro, e precisamente nel luglio 1927, un mattino, a digiuno, il p. fu improvvisamente colto, mentre usciva di casa, da nausea e salivazione abbondante, seguìte a distanza di pochi minuti da vomito e dolori all'epigastrio. I dolori violentissimi non avevano speciali irradiazioni, durarono circa due giorni, con brevi e lievi remissioni e furono calmati con iniezioni di morfina.

Il vomito, che accompagnò sempre i dolori, era in principio mucoso e in ultimo divenne nerastro. Durante la crisi dolorosa non febbre; l'alvo si mantenne chiuso; non vi fu ittero, neppure nei giorni successivi.

Il p. è stato in seguito *completamente bene* fino ai primi di gennaio, quando improvvisamente, un mattino a digiuno, fu di nuovo colpito da nausea e salivazione abbondante, seguìta subito da dolori violenti all'epigastrio e vomito. Questa seconda crisi dolorosa ha avuto gli stessi caratteri della precedente, ma è stata più lunga, poichè è durata 4-5 giorni. Anche questa volta i dolori furono tanto intensi da richiedere iniezioni di morfina e il vomito, dapprima mucoso, in ultimo, verso la fine della crisi, divenne nerastro.

Appena ristabilito fu praticato, per consiglio del medico, un esame radioscopico dello stomaco che, a detta del p., risultò negativo.

Successivamente il p. è stato bene ed ha potuto attendere senza disturbi al suo lavoro fino al mattino del 15 agosto u. s. quando, sempre a digiuno, fu colpito da una nuova crisi dolorosa con i caratteri descritti.

La crisi questa volta si è presentata più intensa e più lunga delle precedenti, tanto che persistendo ancora, dopo otto giorni, i dolori intensi all'epigastrio e il vomito, il p. ha chiesto ricovero in Ospedale. Il vomito, mucoso come sempre nei giorni precedenti, da ieri sera è diventato nerastro. Dall'inizio della crisi il p. ha avuto una sola e scarsa evacuazione di feci formate. Non febbre.

Abbiamo con particolare cura indagato sullo stato della funzionalità gastrica negli intervalli fra le diverse crisi dolorose: il p. durante questi intervalli afferma di non essersi assoggettato ad uno speciale regime dietetico, di avere conservato le sue abitudini di eccessi nel bere e nel fumare e di non avere mai avvertito il minimo disturbo riferibile alla funzionalità gastro-intestinale.

Alvo, diuresi e minzioni sempre regolari.

Il p. non ha praticato cure antiluetiche, nè subito dopo contratta l'ulcera, nè successivamente fino ad oggi.

E. O. Condizioni generali mediocri. Il p. giace supino sul letto ed ha aspetto evidentemente sofferente. Colorito della cute e delle mucose visibili roseo-pallido. Non ittero. Non edemi. Non efflorescenze. Lingua umida, leggermente patinosa. Faringe nulla. Polso di frequenza normale (88), ritmico, di media ampiezza, a pressione leggermente aumentata. Respiro e temperatura normali. Scarse ghiandole piccole, dure, mobili, indolenti si palpano agli inguini e nelle regioni latero-cervicali. Gangli epitrocleari.

Nulla di notevole a carico degli organi del torace. Addome di volume e conformazione normale; trattabilissimo e indolente su tutti i quadranti anche in corrispondenza dell'epigastrio ove non si nota affatto difesa muscolare e la pressione, anche profonda, non aumenta affatto il dolore che il p. avverte spontaneamente. Non è dolente il punto cistico, non la zona coledocopancreatica, non è dolente la pressione sulle apofisi spinose delle ultime vertebre dorsali.

Fegato e milza nei limiti normali.

Sistema nervoso. Oculomozione (esame mono- e binoculare) normale. Non nistagmo. Nessun deficit a carico dei muscoli mimici. Nulla all'ispezione della lingua che viene bene sporta dall'arcata dentaria. Nulla a carico del velopendolo e del linguaggio formale. Masticazione e deglutizione normali.

Collo: nulla all'ispezione e all'esame della motilità attiva e passiva.

Arti superiori: nulla all'ispezione; tono muscolare normale. Il p. eseguisce bene tutti i movimenti volontari, anche i più fini. Forza muscolare bene conservata d'ambo i lati (dinamometro 26 a D. e 26 a S.). Non atassia nè statica nè dinamica. Non tremori.

Arti inferiori: nulla all'ispezione. All'esame della motilità passiva si nota una diminuzione del tono muscolare (la gamba flessa aderisce completamente alla coscia fino a raggiungere col tallone la natica). Il p. può eseguire bene tutti i movimenti volontari. La forza muscolare è bene conservata. Non atassia statica nè dinamica.

Tronco: nulla all'ispezione e all'esame della motilità attiva e passiva.

Romberg assente. Andatura normale. Nessun disturbo a carico degli sfinteri.

Riflessi: rotulei deboli, ma presenti; achillei assenti; alluce plantare bilaterale, cremasterici e addominali presenti e vivaci; tendinei e periostei arti superiori presenti. Faringeo presente. Pupille piuttosto ampie, leggermente anisocoriche (S maggiore di D), a contorni irregolari, rigide alla luce, reagenti all'accomodazione e alla convergenza.

Sensibilità tattile, termica e dolorifica e sensibilità profonda: nulla di anormale. (Sono state con particolare cura ricercate — ma inutilmente — eventuali zone di anestesia a tipo radicolare).

Decorso. — I dolori epigastrici durano violentissimi per quattro giorni ancora dopo l'ingresso del P. nel Reparto e precisamente nelle giornate del 24-25-26-27 agosto: debbono essere calmati con iniezioni di morfina. Si attenuano e scompaiono quasi bruscamente nella giornata del 28. Coi dolori si è accompagnato sempre vomito abbondante, mucoso, di colorito nerastro, tale da far pensare subito alla presenza di sangue. Durante questi quattro giorni di gravi sofferenze il P. si è alimentato solo con poche sorsate di latte freddo; l'alvo si è mantenuto chiuso; l'addome è stato sempre trattabilissimo su tutti i quadranti e la palpazione profonda, anche in corrispondenza dell'epigastrio, non aumentava il dolore ma dava anzi spesso al P. un lieve e passeggero senso di sollievo.

Dopo la giornata del 28 il P. si rimette rapidamente, ricomincia a mangiare ed in breve vuole essere messo a dieta intera comune, senza più avvertire il minimo disturbo riferibile allo stomaco. È molestato solo da dolori lancinanti agli arti inferiori, frequenti specialmente di notte, dolori che sono calmati con carte di piramidone e aspirina. Mai febbre.

Si pratica una serie completa di neosalvarsan che viene iniziata con 0,15 il giorno 26 agosto, quando cioè la crisi dolorosa era al suo acme. Il P. viene dimesso dal Reparto il 1° ottobre in condizioni generali buone: mangia con appetito e non avverte più il benchè minimo disturbo riferibile allo stomaco. Persistono sempre i dolori lancinanti agli arti inferiori.

Ricerche speciali:

Positiva la ricerca del sangue nel vomito che ha accompagnata la crisi gastralgica (Reaz. di Mayer, tintura di guaiaco e trementina, benzidina intensamente positive).

R. W. nel sangue negativa all'ingresso del P. in Reparto, positiva incompleta dopo la 3ª iniezione di neosalvarsan.

Pressione arteriosa durante la crisi gastralgica: Mx 150, Mn 75. Questa ricerca ripetuta poco prima dell'uscita del P. dal Reparto, ha dato questi risultati: Mx 135, Mn 70 (metodo ascoltatorio Korotkof).

Puntura lombare (eseguita il giorno 30-8): si estraggono circa 10 cmc. di liquor limpido, incolore, che fuoriesce a gocce ravvicinate: Nonne + +; albumina 0,35 ‰; elementi morfologici 55 per millimetro cubo (camera di Fuchs-Rosenthal), R. W. 0.20-0.30 negativa, 0.50 ritardo emolisi; benzoino 0001200200000000 c. Mastice II grado di Emmanuel; R. T. A. (reazione Takata Ara) positiva precoce completa per affezioni metaluetiche; sistema nervoso.

La puntura lombare viene ripetuta dopo la 3ª iniezione di neosalvarsan e l'esame del Liquor dà i seguenti risultati: Nonne + +; albumina 0.35 ‰; elementi morfologici 60 per millimetro cubo (camera Fuchs-Rosenthal); R. W. 0.20 negativa; 0.30 evidente ritardo dell'emolisi, 0.50 debolmente positiva (+); Benzoino 001200220000000 c.

Reperto radiologico (4-5 settembre): l'esame radioscopico dimostra stomaco normale, tonico, iperperistaltico; bulbo bene visibile, regolare; ben visibile la 2ª porzione e il ginocchio inferiore. Passaggio buono. L'esame radiografico dello stomaco conferma pienamente i dati radioscopici. Il bulbo è visibile nei suoi contorni che sono regolari sia per forma che per grandezza. Conclusione: l'esame radiologico dello stomaco e del duodeno è completamente negativo per lesioni organiche.

Ricerca del sangue nelle feci (eseguita il giorno 24 settembre, circa un mese quindi dopo la crisi gastralgica e dopo avere tenuto il P. per tre giorni ad una dieta priva di carne, uova, verdura) negativa con la reaz. di Mayer, tintura di guaiaco e trementina, benzidina. Questa ricerca viene ripetuta nei giorni successivi sempre con esito negativo.

Esame del succo gastrico (28 settembre): previa somministrazione del pasto di Ewald si estraggono dopo 1 ora con la sonda di Einhorn circa 20 cmc. di contenuto gastrico: acido cloridrico libero 1.40 ‰; acidità totale 2.20 ‰; acido lattico assente; reazione del sangue negativa (benzidina, tintura di guaiaco e trementina).

Esame oftalmoscopico: negativo.

Esame delle urine: negativo.

La diagnosi di tabe nel caso riferito è evidente: i sintomi pupillari, l'abolizione degli achillei, i dolori lancinanti e sopratutto il reperto del *Liquor* non lasciano il minimo dubbio in proposito. Il P. inoltre ha avuto tre crisi gastralgiche violentissime con ematemesi, ematemesi che durante l'ultima crisi abbiamo potuto constatare personalmente.

La questione fondamentale è di stabilire se si tratta veramente di crisi gastriche con ematemesi, ovvero di un tabetico con una fortuita concomitante lesione organica dello stomaco o del duodeno capace di determinare le crisi dolorose e l'emorragia.

Le crisi dolorose che colpiscono il nostro paziente hanno presentato tutte i seguenti caratteri: inizio improvviso, violenza estrema, lunga durata, cessazione quasi brusca. Il vomito è sempre stato mucoso e bilioso in principio e solo verso la fine è diventato nerastro. Le crisi sono state separate da intervalli di parecchi mesi di perfetta salute (non dolori epigastrici, non disturbi dispeptici).

Questi caratteri nel loro insieme depongono indubbiamente più per una crisi gastrica tabetica che per una sindrome dolorosa accessionale connessa ad una lesione organica dello stomaco.

Si deve ricordare però che anche una lesione organica dello stomaco può in rari casi provocare crisi dolorose violentissime, così analoghe a quelle che si osservano nella tabe che sono state chiamate crisi gastriche tabetiformi. Duhot et Leroy (5) hanno riportato il caso di un paziente che non offriva alcun segno clinico e biologico di tabe e che era colpito di tanto in tanto da accessi dolorosi all'epigastrio con irradiazioni al dorso e vomito, accessi che insorgevano all'improvviso con un passaggio brusco da uno stato di completa salute ad uno stato di sofferenza estrema, duravano poche ore e cessavano quasi di botto senza lasciare disturbi della funzione stomacale. Questi accessi non avevano alcuna relazione con l'ingestione di cibi ed erano separati da intervalli assolutamente liberi da sofferenze e disturbi dispeptici. L'affezione causale di queste crisi gastriche aventi la stessa fisionomia delle crisi tabetiche, era una piccola ulcera degenerata in carcinoma della piccola curvatura.

Un caso simile hanno riferito Babinski, Chauvet e Durand (4). Si trattava di un soggetto non tabetico e che da circa sei anni soffriva di crisi gastriche tabetiformi separate da intervalli di salute perfetta; all'atto operativo è stata trovata una piccola ulcera juxta-pilorica. Gli AA. insistono sull'esistenza, all'infuori della tabe, di queste crisi gastriche aventi assolutamente la fisionomia delle crisi gastriche tabetiche e sul fatto che i caratteri distintivi abitualmente invocati per opporre le crisi gastriche tabetiche ai parossismi dolorosi delle gastropatie organiche non hanno il valore semiologico che loro si presta di solito.

Questi accessi dolorosi gastrici tabetiformi, secondo Duhot e Leroy, vanno ravvicinati ai classici accessi parossistici di nevralgia celiaca che si osservano nel cancro del corpo del pancreas, piccola curvatura e pancreas essendo del resto in stretti rapporti.

Nei casi citati, però, si tratta di soggetti non tabetici e nei quali la mancanza di ogni segno clinico e biologico di tabe ha chiarito molto la diagnosi.

Molto più difficile il problema si presenta quando queste sindromi dolorose gastriche accessionali, legate alla presenza di una gastropatia organica insorgono in un tabetico. Se non esistono allora segni chiari e sufficienti per poter escludere la contemporanea esistenza di un'ulcera o di un neoplasma, si resta molto dubbiosi sulla natura della crisi e ci si prospetta molto seriamente l'opportunità di un intervento chirurgico. Così per es. Lamy (6) ha riferito il caso di un tabetico con frequenti crisi gastriche accompagnate ad ematemesi, crisi che per tre anni non hanno ceduto alle energiche e ripetute cure antiluetiche. Questa persistenza tenace dei sintomi dolorosi, il reperto radiologico che senza deporre chiaramente per un'ulcera lasciava ad ogni modo dubbiosi, e sopratutto la presenza di sangue nelle feci negli intervalli liberi e a distanza delle crisi dolorose, hanno consigliato l'intervento chirurgico: un'ulcera duodenale era la causa provocatrice delle crisi gastriche che non sono più ricomparse dopo la gastroenterostomia. Questo caso presentava certo forti segni di presunzione per l'esistenza di una gastropatia organica. Ma non è sempre così ed in presenza di un tabetico con crisi gastriche accompagnate da ematemesi, la diagnosi di certezza qualche volta non è possibile.

Nel nostro paziente tabetico, la fisionomia stessa delle crisi dolorose e gli intervalli assolutamente liberi fra le crisi orientano certo la diagnosi verso la crisi gastrica tabetica; ma abbiamo visto or ora che questi caratteri non sono sufficienti poichè possono essere presenti, per quanto raramente, anche nelle gastropatie organiche. In questi casi, però, l'ematemesi che accompagna la crisi dolorosa è in genere abbondante e si mostra indifferentemente all'inizio, in mezzo o alla fine dell'attacco gastralgico. Le ematemesi tabetiche vere e proprie invece sono in genere poco abbondanti, costituite al più spesso da sangue nero in parte digerito e compaiono di regola all'acme e alla fine delle crisi, precedute da vomiti prima alimentari, poi mucosi e biliosi. In tutte e tre le crisi dolorose gastralgiche presentate dal nostro paziente il vomito è diventato emorragico, nerastro solo verso la fine. Questo fatto osservato in tutti i casi di ematemesi tabetiche vere riportate nella letteratura e presente anche nel nostro caso, senza avere un valore assoluto ci orienta ancora di più verso la crisi gastrica tabetica vera e propria. Ma non basta.

Quando il P. è entrato in Reparto, all'acme di una crisi dolorosa violentissima, ci ha subito colpito il fatto che l'addome era trattabilissimo su tutti i quadranti, che non c'era il minimo accenno a difesa e che la palpazione, anche profonda, in corrispondenza dell'epigastrio non solo non aumentava il dolore, ma dava anzi al P. quasi un senso di sollievo. Questa constatazione, unita ai segni clinici di tabe che abbiamo potuto subito rilevare, non ci ha fatto sentire l'immediata necessità di chiedere il parere del chirurgo e ci ha consigliato invece di iniziare senza indugio una cura specifica.

Non è qui il caso di dare una grande importanza al criterio terapeutico, poichè la crisi, che durava già da 12 giorni, era probabilmente presso alla fine; ma sta di fatto che dolori e vomiti sono cessati il giorno successivo alla 1ª iniezione di neosalvarsan.

A tutte queste considerazioni si può anche aggiungere un altro dato di fatto che ha pur esso una certa importanza, vale a dire l'aumento della pressione arteriosa durante la crisi, aumento che se non è stato notevolissimo è stato certo evidente in confronto alla pressione media riscontrata successivamente.

Se aggiungiamo, poi, il reperto radiologico chiaramente negativo per lesioni organiche dello stomaco e del duodeno, l'assenza di sangue nelle feci, assenza accertata con ripetute ricerche eseguite ad un mese circa di distanza dalla crisi, l'assenza di sangue ed i valori normali riscontrati all'esame del succo gastrico, ci sembra di avere elementi sufficienti per escludere una gastropatia organica e per affermare che si tratta nel nostro P. di uno di quei rari casi di tabe con crisi gastriche ed ematemesi tabetiche vere e proprie.

Voglio in ultimo semplicemente accennare che abbiamo pensato anche alla possibilità di una colelitiasi. Come è noto, in questa malattia, oltre la comune sindrome dolorosa parossistica, si possono avere crisi gastralgiche, crisi descritte da Chauffard e che presentano molte analogie con quelle di cui abbiamo precedentemente parlato. È noto anche che nella colelitiasi si può talvolta avere, durante la crisi dolorosa, ematemesi: più che di ematemesi vera però si tratta generalmente di emorragie microscopiche (P. Duwal et J. C. Roux (8) e F. Ricci (9). Non credo sia necessario addentrarsi nella discussione di questa diagnosi differenziale, poichè dalla semplice esposizione del caso appariscono evidenti le ragioni per le quali ci è sembrato ovvio escludere una calcolosi epatica.

LAVORI CITATI.

1. PAL. *Ueber Gefässkrisen und deren Beziehungen zu den Magen und Bauchkrisen der Tabetiker.* Münchener med. Wochenschr., 1903, pag. 2185.
2. S. HEITZ et M. NORERO. *De la pression artérielle chez les tabétiques. Etude des modifications qu'elle subit sous l'influence des crises gastriques et des douleurs fulgurantes.* Archives des maladies du coeur, des vaisseaux et du sang, an. I, n. 9, septembre 1908.
3. HENRI CLAUDE et LOUIS COTONI. *Tabes fruste avec crises gastriques liées aux variations de la tension artérielle.* Société de Neurologie de Paris, séance du 7-XII-1911; Revue Neurologique, n. 24, 1911.
4. J. BABINSKI, ST. CHAUVET et G. DURAND. *Un cas de crises gastriques tabétiformes liées à l'existence d'un petit ulcus juxtapylorique.* Soc. de Neurologie de Paris, séance du 6 mars 1913; Revue Neurologique, n. 6, 1913.
5. DUHOT et LEROY. *Crises gastriques tabétiformes au cours d'un ulcéro-cancer de la petite combure.* Soc. de Méd. du Département du Nord, 23 avril 1913; Echo Médicale du Nord, 25 mai 1913.
6. L. M. LAMY. *Crises gastriques d'un syphilitique ancien simulant les crises tabétiques et liées à une ulcère du duodénum guéries après gastro-enterostomie.* Soc. de gastro-entérologie de Paris, séance du 8 juin 1925; Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition, n. 6, juin 1925.
7. HUDELO et BABUT. *L'hématémèse dans la tabes.* La Presse Médicale, n. 47, 13 juin 1928.
8. P. DUWAL et J. C. ROUX. *Hémorragies sans ulcerations dans les gastropathies douloureuses.* Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition, n. 2-3, 1924.
9. F. RICCI. *Emorragie digestive a ripetizione in malati senza lesioni gastriche ed emorragie digestive nella calcolosi del fegato.* Policlinico, Sez. pratica, 1928.

R. Istituto di Patologia Medica della R. Università di Roma
diretto dal Prof. A. ZERI.

Emorragie digestive a ripetizione in malati senza lesioni gastriche ed emorragie digestive nella calcolosi del fegato.

Dott. F. RICCI, aiuto.

Le osservazioni di emorragie digestive « sine materia » sono abbastanza frequenti. Ad ogni modo, dato che abitualmente a questa possibilità viene poco pensato dai medici, ho creduto che possa essere non inutile la descrizione di questo caso capitato alla mia osservazione e che è dal punto di vista diagnostico molto istruttivo giacchè, come si vedrà, i sintomi presentati parlavano nettamente per una lesione ulcerosa della regione piloro-duodenale.

S. A., di anni 23, nubile. Entra il 12-2-1926. Nulla nel gentilizio. Mestruata a 13 anni. Mestruazioni successive normali per ritmo e quantità. È stata sempre bene prima dell'attuale malattia.

Da più di un anno soffre di dolori all'epigastrio con scarse irradiazioni. Il dolore è a tipo urente, si calma dopo l'ingestione dei cibi, per ritornare dopo circa un'ora. Oltre a ciò l'inferma asserisce di avere avuto delle ematemesi con una certa frequenza. La prima, circa 14 mesi fa, fu abbondante e prolungata, sicchè dovette rimanere degente in ospedale. Le altre poi si ripeterono quasi ogni mese e a volte a distanza anche di una settimana l'una dall'altra. A volte sono interceduti due-tre mesi tra una ematemesi e l'altra. Non ha mai avuto vomito, mai nausee, mai

eruttazioni. Nessun giovamento dalle cure fatte. Ha infatti continuato ad avere i suoi dolori epigastrici coi caratteri surriferiti e le ematemesi. Mai febbre.

E. O. Condizioni generali buone. Costituzione normale. Nutrizione discreta. Anemia di modico grado della cute e mucose. Polso 100, ritmico, piuttosto molle.

Apparato respiratorio e cardio-vascolare: normali.

Addome: trattabile, meno che in un punto situato due dita sopra la cicatrice ombelicale, due centimetri circa a destra della linea mediana. Quivi colla pressione si provoca dolore e difesa.

Fegato e milza nei limiti.

Nulla a carico degli altri organi e sistemi.

Esame delle urine: nulla di patologico.

Reazione di Wassermann — — —.

Esame del sangue: non si rivela nulla di anormale, all'infuori di una lieve anemia a tipo secondario.

Esame del succo gastrico estratto dopo pasto di prova: Hcl libero, 1,50 p. 1000, acidi di fermentazione 0,30 p. 1000, acidità totale 2,90 p. 1000.

Sondaggio duodenale: liquido giallo-oro limpido, normalmente fluente, non alterazioni all'esame microscopico. Cultura negativa.

Esame radiologico: stomaco lievemente ingrandito e leggermente ptosico. Svuotamento rapido. Contrazione valida. Si nota una evidente alterazione del bulbo duodenale che si presenta grossolanamente irregolare nei suoi contorni e dolente. Non si praticano radiografie giacchè l'inferma ha una lipotimia poco dopo l'esame radioscopico.

Nei primissimi giorni di degenza abbondante ematemesi che non si ripetè più. Però dopo 3 giorni comincia lieve febbre con modico dolore di gola. La febbre aumenta nei giorni successivi, così il dolore alla gola si fa più violento, accompagnato a difficoltà nella deglutizione. All'esame dei polmoni si notano numerosi rantoli catarrali. Tale stato va aggravandosi, sicchè dopo cinque giorni circa la paziente è colpita da un violento attacco di dispnea inspiratoria con cornage, cianosi, polso frequente, stato intenso di ambascia. Dal chirurgo, chiamato d'urgenza, viene trasferita in chirurgia.

Il giorno dopo muore.

Autopsia: intensa iperemia delle meningi e del cervello. Modica emorragia sottodurale a S. Enfisema acuto dei polmoni. Bronchite purulenta dei grossi bronchi. Aderenze pleuriche fibrose discrete a D. Congestione polmonare. Tumore cronico di fegato con lieve aumento del connettivo perilobulare. Tumore cronico di milza con iperplasia dei follicoli di Malpighi. Nessuna, neanche minima, alterazione a carico della mucosa gastrica. Reni congesti.

Laringite necrotica flemmonosa della metà destra dell'adito della laringe con stenosi grave ed edema della glottide.

L'esame istologico della mucosa gastrica nulla ha fatto rilevare di anormale.

Lasciando da parte la lesione che ha condotto a morte l'inferma, della quale qui non è il caso di parlare, nulla all'esame dei visceri fu trovato che potesse spiegare la sindrome gastrica eclatante presentata. Infatti lo stomaco era sanissimo

Noi sappiamo che ematemesi si possono avere, oltre che per l'ulcera e per il cancro dello stomaco, negli aneurismi aortici apertisi nello stomaco o nell'esofago (ematemesi fulminanti), nella stasi venosa o dello stomaco o dell'esofago con varicosità delle vene (cirrosi epatica, pileflebite). Più di rado trattasi di trombosi della vena splenica. Così pure ematemesi sono state descritte in malattie come le porpore, lo scorbuto, itteri gravi, vaiuolo, ileotifo, ecc., oppure in lesioni esclusivamente localizzate ai vasi dello stomaco (arteriosclerosi). Evidentemente da nessuna di queste lesioni era affetta la nostra inferma.

Si poteva però pensare ad emorragie gastriche vicarie della mestruazione che sono in genere dagli AA. ammesse. Tali emorragie accompagnano i periodi mensili od avvengono ad intervalli più o meno regolari in caso di amenorrea. Eccezionalmente sono di entità notevole. Nel nostro caso, in cui le mestruazioni furono sempre regolari, non sembra che a forme vicarie si potesse pensare, giacchè se le gastrorragie intervenivano talune volte ad ogni mese, in altri casi intervenivano a distanza solo di settimane.

Restava quindi da mettere in discussione o quelle forme di origine esclusivamente neuropatica (che sono se non dubbie, certo molto rare e si presentano poco abbondanti, con il sangue diluito col succo gastrico o con la saliva) oppure, molto più probabilmente, quelle ematemesi essenziali « sine materia » da parecchi AA. descritte. Nel caso recentemente riportato da Délort e Luquet di gastrorragie « sine materia » si notavano anatomo-patologicamente pareti gastriche ispessite e tante piccole emorragie puntiformi grandi come teste di spillo. All'esame microscopico si notava una iperplasia irregolare delle glandole gastriche ed una reazione infiammatoria subacuta. Nulla di tutto questo, come abbiamo visto, nella nostra paziente nella quale tuttavia avemmo la possibilità, per la grave affezione intercorrente che la condusse a morte, di fare un esame completo ed esauriente della mucosa gastrica, ciò che non è sempre possibile in casi analoghi, nei quali l'esame si limita spesso o ad una parte di tessuto asportato durante l'intervento, o più spesso, ad una esplorazione compiuta dalla mano dell'operatore.

Naturalmente non si vuole con la descrizione riportata dire nessuna nuova parola; si desidera solo ribadire il concetto che di fronte a sintomi clinici e radiologici indubbi di ulcera, spesse volte una lesione anatomica non esiste, donde l'importanza di una disamina completa di tutti i sintomi prima di sottoporre l'infermo ad una cura lunga e fastidiosa oppure ad un intervento chirurgico che, per quanto ormai di pratica corrente, presenta sempre i suoi pericoli o i suoi postumi guai, specie quando, come qualche volta

avviene, il chirurgo voglia strafare praticando una gastro-enterostomia.

Silvia N. Entra il 20-2-1924. Nulla nel gentilizio. Mestruazioni iniziate a 12 anni, seguite sempre regolarmente. Maritata, ha avuto un aborto, quindi quattro gravidanze a termine. Tifo a 20 anni; poco dopo un accesso colico riconosciuto di origine epatica. Il dolore era localizzato all'epigastrio e si estendeva a cintura. Ebbe vomito senza che il dolore cessasse. Dieci anni fa un nuovo accesso dello stesso tipo. Poi sempre bene.

Da circa 6 mesi soffriva di digestioni difficili, eruttazioni e pirosi. Da due mesi è iniziato un dolore che si estende al fianco e all'ipocondrio D. con carattere di notevole intensità. Ha avuto a varie riprese vomito senza riportarne sollievo ai dolori e febbre Al mattino il dolore si rendeva più sopportabile ma non scompariva. Migliorò con dieta lattea. Si rimise quindi a mangiare e fu ripresa da un attacco colico caratterizzato da dolori all'epigastrio e all'ipocondrio D., attacco che ebbe la durata di sette ore. Si rimise a letto e migliorò di nuovo. Cominciò allora a prendere qualche semolino in brodo, ma quattro giorni prima dell'ingresso in ospedale di sera, fu nuovamente colpita da una colica violentissima, caratterizzata dai soliti dolori che cessarono al mattino. Dopo l'attacco ebbe deiezioni nettamente picee. Nei tre giorni che hanno preceduta la sua entrata nel reparto, l'inferma è stata senza disturbi dolorosi. Si è alimentata di solo latte.

E. O. Stato generale buono. Nutrizione idem. Costituzione normale. Anemia lieve della cute e mucose. Polso 100 ritmico, valido. Lingua umida, patinosa.

Torace: nulla di patologico.

Cuore e vasi: nulla.

Addome: trattabile, indolente su tutti i quadranti. Non dolente nessun punto vertebrale.

Fegato: deborda di circa un dito l'arco costale. Indolenza del punto cistico e del coledoco-duodenale. Non punti dolorosi alla spalla e alla scapola. Non dolente il punto frenico. Indolenti le ultime costole di D. Limite superiore fisiologico.

Milza: nei limiti.

Esame urine: nulla di patologico.

Reazione di Wassermann — — —.

Il 21-2 le viene dato da mangiare un semolino e un poco di carne. Alla sera accesso colico violento, con vomito alimentare. Il 22 viene praticato un clistere. L'inferma emette poche feci diarroiche quasi completamente costituite di sangue e di muco. Vengono praticate delle iniezioni di ergotina. Il 23 le feci sono nettamente picee. L'inferma si sente meglio e migliora nei giorni successivi. Sangue in scarsa quantità rilevabile solo alle reazioni chimiche. Senso di tenesmo rettale. Il giorno 31 accentuandosi il miglioramento, prende due semolini. Nella serata attacco colico di breve durata. La mattina dell'1-3, alle ore otto e mezza antimeridiane emette con le feci abbondante quantità di sangue. Polso 100, piccolo. Stato generale depresso. Lingua arida. Nonostante le cure del caso si ripete alle ore 11 una abbondante enterorragia, alle una dopo mezzogiorno altra enterorragia e dolori violentissimi che l'inferma descrive come colpi di pugnale in corrispondenza dei quadranti addominali superiori. Stato generale molto grave. Facies addominale. Anemia intensa. Polso 144, piccolo. Modica difesa dei quadranti addominali superiori. Nelle ore seguenti il dolore continua violentissimo e nella sera si ha un'altra abbondantissima enterorragia. L'inferma viene trasportata nel reparto chirurgico ove giunge in condizioni gravissime. Viene operata subito.

Il reperto operatorio dice: si trova un calcolo incuneato nel duodeno con ulcera da decubito e peritonite circoscritta. Emorragia imponentissima durante l'atto operatorio ed obitus.

Durante la degenza non fu fatta alcuna ricerca per le condizioni di gravità dell'inferma.

Autopsia parziale: eviscerazio completa dell'addome: calcolosi della cistifellea (quattro calcoli poliedrici, piramidali a quattro facce, uno asportato durante l'operazione); ulcerazione con emorragia della cistifellea e perforazione dell'ulcera durante l'intervento. Sangue contenuto nell'intestino.

L'importanza del presente caso è data, oltre che dalla rarità della complicazione descritta, nella litiasi biliare, dalla imponenza della sindrome e dal meccanismo di produzione del sintomo.

È cosa nota che ematemesi ed enterorragie possono prodursi nella colelitiasi, per quanto il fenomeno *emorragia* non solo è stato sempre dato come negativo in questa malattia, ma è stato sempre considerato come sintoma negativo differenziale di primo ordine.

In genere, quando le emorragie si producono, si tratta per solito di emorragie microscopiche.

Per quel che riguarda le ematemesi, per quanto nel nostro caso di tale complicazione non si tratti, alcuni AA. (Enriques e Carriè) pensano che possano riferirsi o ad uno stato varicoso delle terminazioni venose analogo a quello che si riscontra nei processi pileflebitici, oppure a quegli stati di gastrite congestiva che Moynihan descrive come una lesione « che piange sangue » alla superficie della mucosa.

Per quello invece che riguarda le enterorragie e le melene, esse potrebbero ripetere la loro origine da una duodenite congestiva od erosiva. Quest'ultima evenienza è la più frequente. Molto più rara, ma possibile, è invece una enterorragia per ulcerazione dell'arteria epatica per calcoli biliari delle vicinanze. Così pure emorragie possono aversi quando siano intervenute degenerazioni cancerose dell'ampolla di Water o del duodeno; ma in questo caso evidentemente la colelitiasi c'entra molto secondariamente.

Nulla di tutto ciò nel caso presentatosi alla nostra osservazione.

Qui si aveva per opera di un calcolo una ulcerazione da decubito nella cistifellea, ulcerazione non ancora perforata verso l'esterno e dalla quale gemeva sangue in grande quantità (la lesione essendo del colletto della cistifellea era maggiormente in rapporto con i vasi). Questo sangue evidentemente prendeva la via del cistico

e quindi del coledoco per andare a sboccare nel duodeno, fornendo così un esempio classico di enterorragia.

Perchè quando l'ammalata era a dieta lattea sangue non ne veniva e dolori ed emorragie intervenivano per l'ingestione ad esempio di un semplice semolino?

Io credo di essere nel vero pensando che ciò doveva dipendere da una maggiore contrazione della cistifellea che durante il lavorio digestivo spremeva la sua bile. Da ciò la emissione del sangue che evidentemente doveva essere in tanto maggior copia, per quanto più energica era la contrazione della colecisti.

Gli ultimi episodi: sangue in maggior copia, dolori a colpo di pugnale, erano evidentemente dovuti all'approfondirsi della ulcerazione verso la sierosa. Infatti bastò una piccolissima manovra del chirurgo perchè si producesse la perforazione.

Un'ultima osservazione voglio fare sulla diagnosi.

Noi che naturalmente appena vedemmo l'ammalata pensammo (la storia era tanto evidente) ad una litiasi biliare, rimanemmo scettici su quanto la paziente raccontava della influenza del semolino sui suoi dolori e sulla perdita di sangue. Quando ci accorgemmo che l'ammalata diceva giusto, ci inghiottimmo la primitiva idea e pensammo all'ulcera duodenale, per quanto le notizie anamnestiche poco ci facessero persuasi. Di fronte poi al quadro tragico finale dovemmo necessariamente ammettere la perforazione ed eravamo infatti nel giusto per quanto riguardava la lesione anatomo-patologica nuda e cruda, ma errammo evidentemente sulla sede.

Quale l'ammaestramento?

Solo questo: che di fronte a delle enterorragie e quando la storia del malato parli nettamente per una litiasi biliare (se per altre ragioni può essere esclusa una lesione, ad esempio a tipo epiteliomatoso) convenga anche pensare all'evenienza di lesioni del tipo da noi più sopra descritto, rare a dir vero, ma tuttavia, come dimostra il nostro caso, possibili.

Sindrome pilorica da aderenze post-laparatomiche.

Dott. SERTORIO MARINACCI,
docente di Patologia Chirurgica
di Clinica Chirurgica e Medicina operatoria.

Si tratta per solito di sintomi (crisi di dolore con vomito finale, tardivo, ostinato) che si manifestano a distanza, dopo mesi, a volte dopo anni dalla operazione (per lo più gastro-enterostomia) non dipendenti dalla lesione per la quale si è intervenuto. Il Delore in un suo recente lavoro ha messo in evidenza come a volte il manifestarsi di nuovo del vomito, dei dolori dopo la gastro-enterostomia non sia dovuto al progredire del tumore o al ripetersi del fatto ulceroso, sul neopiloro, evenienze queste che avendo una sintomatologia speciale e un reperto radiologico chiaro, possono essere ben diagnosticate, bensì al restringersi del neopiloro a una vera e propria cicatrizzazione di esso, o a una retrazione del meso che strozza il neopiloro: è stato ripetutamente osservato un'invaginazione retrograda in corrispondenza della stomia o l'insinuarsi di un'ansa nella fessura del meso non esattamente cucita, complicazioni che possono spiegare il vomito insistente e i dolori che si manifestano a distanza dell'operazione.

Non credo però sia stata richiamata molto l'attenzione su altri stati patologici, consecutivi all'intervento e che possono determinare gli stessi esiti. In genere i malati hanno subito una gastro-enterostomia con tecnica esatta, come del resto il nuovo intervento dimostra de visu, e dopo un tempo variabile che và da qualche mese, a un anno dall'intervento, accusano di nuovo dolori, specialmente dopo i pasti e vomito, intenso, ostinato, che costituisce il sintoma essenziale: i malati sono obbligati quasi al digiuno, si determina quindi un notevolissimo deperimento, che si accentua giornalmente: si è perciò obbligati per il vomito continuo e per il notevole deperimento a cui i malati soggiacciono, ad intervenire nuovamente con una certa urgenza.

Ho avuto occasione di osservare e di rioperare alcuni di questi casi che brevemente illustrerò.

T. M., di anni 34, già operata per ulcera gastrica di gastro-enterostomia da un altro chirurgo: dopo un mese dall'operazione vomito ostinato che non si calma nè con l'opportuna e rigorosa dieta, nè con il lavaggio gastrico, più volte ripetuto: si è perciò costretti, per le sofferenze che l'inferma accusa, e per il deperimento che si accentua, a intervenire di nuovo. Al secondo intervento, da me eseguito il 21-1-25 (nell'Ospedale di S. Giacomo), si trovano aderenze omentali multiple sulla faccia anteriore dello stomaco che è anche in alcuni punti aderente al peritoneo parietale, al legamento rotondo del fegato, al margine epatico. Si distaccano le aderenze, si peritonealizza ove è necessario; si osserva la bocca anastomotica; nulla vi è che possa far pensare a un ostacolo intrinseco o estrinseco sul neo-piloro; si pratica una gastro-enterostomia anter. Sutura di I della parete. Decorso post-operatorio del tutto normale; scompare completamente il vomito; l'inferma esce dall'ospe-

dale guarita: rivista dopo vari mesi le sue condizioni si mantengono sempre buone, nè più vi è stato vomito.

M. V. G., operata di gastro-enterostomia per ulcera gastrica nel gennaio 25, da un altro chirurgo. Dopo circa un anno dall'operazione l'inferma cominciò ad avvertire dolori all'epigastro specialmente dopo i pasti e vomito ostinato: tali disturbi divenendo sempre più intensi tanto da determinare un notevole deperimento, resero necessario, dopo circa due anni dal primo intervento, un nuovo atto operativo che fu da me eseguito nel dicembre del 1926 in « Casa di Salute ». Si trovò la parete anteriore dello stomaco aderente al peritoneo parietale quasi direi saldato per un largo tratto; altre numerose aderenze epiploiche, più lasse: si recidono le aderenze, si distacca cruentemente lo stomaco dalla parete. Si peritonealizza la superficie cruenta: mi assicuro che lo stomaco sia completamente libero da ogni aderenza che ne impedisca o ne limiti la motilità fisiologica: osservo il neopiloro; nulla trovo di anormale. Sutura del peritoneo con eversione dei margini come consiglia il Taddei, per impedire la formazione di nuove aderenze; ricostruzione della parete alla Durante.

Il decorso post-operatorio fu del tutto normale. Scomparvero i dolori e il vomito, le condizioni generali migliorarono notevolmente tanto che dopo due mesi potei di nuovo operare l'inferma per un mioma uterino.

A due anni dall'intervento ho notizie che la paziente sta benissimo, mangia di tutto ed è notevolmente aumentata di peso.

M. R., di anni 20, operata da me di gastro-enterostomia per ulcera pilorica. Dopo circa un anno dall'operazione. mentre le condizioni generali erano notevolmente migliorate e quasi scomparsi i disturbi dell'ulcera, dopo un attacco influenzale, si manifesta di nuovo il vomito che diviene sempre più intenso, tanto da impedire quasi del tutto l'alimentazione: l'inferma è condotta di nuovo nella « Casa di Cura ». L'esame obiettivo era del tutto negativo se si eccettua una spiccata iperestesia all'epigastrio: tenni in osservazione per qualche giorno l'inferma, ma continuando il vomito in modo impressionante, vomito preceduto sempre da dolori intensi (diceva l'inferma di avere la sensazione come se qualche cosa si torcesse nell'addome), decisi senz'altro di rioperare l'inferma, poichè tutto faceva supporre qualche ostacolo meccanico nel neopiloro. All'operazione si trovò un reperto molto simile ai precedenti: lo stomaco aderente al peritoneo parietale e all'omento in vari punti: ma sopratutto aderente, direi quasi saldato sulla parete anteriore il legamento rotondo del fegato: distaccate tutte le aderenze che imbrigliavano lo stomaco, peritonealizzato ove era necessario, mi assicurai che lo stomaco fosse completamente libero da aderenze per il suo giuoco funzionale: passai poi ad osservare il neopiloro: nulla di anormale. nessun segno di ostacolo intrinseco o estrinseco. Anche in questo caso per impedire la formazione di nuove aderenze, feci la sutura con eversione delle pagine peritoneali.

L'inferma è andata migliorando pur presentando di tanto in tanto qualche disturbo, ed è ora, dopo oltre un anno dalla seconda operazione in buone condizioni, ed è notevolmente aumentata di peso.

C. M., di anni 28. In questo caso era stata eseguita, da un altro chirurgo, non la gastro-enterostomia, bensì la colecistectomia: ho creduto però opportuno unire il caso ai precedenti per le alterazioni che riscontrai al nuovo intervento e per la sintomatologia gastrica che l'inferma presentava. L'inferma asseriva di aver notevolmente peggiorato dopo l'operazione, poichè si erano manifestati, dopo un paio di mesi, dolori intensissimi e vomito ostinato che l'obbligavano a non prender quasi cibo, e a nutrirsi molto limitatamente. L'indagine radioscopica del tubo digerente dava il seguente risultato: destroposizione e destro-fissazione del polo caudale gastrico all'ilo epatico, senza notevoli disturbi di canalizzazione. Il bulbo duodenale non riesce ben visibile, poichè compreso nelle briglie aderenziali e nascosto sotto il bordo epatico.

All'operazione da me eseguita il 10-2-28 in « Casa di Salute », fu trovato l'omento aderente alla superficie inferiore del fegato in modo da formare come un occhiello che strozzava il colon trasverso e lo stomaco nella sua porzione pilorica: per di più altre aderenze col peritoneo parietale: distaccato l'omento, ridotto come un cordone, e recise le altre aderenze peritonealizzando ove era necessario, mi assicurai che lo stomaco fosse completamente libero da ogni briglia, chiusi di prima la parete usando anche in questo caso il metodo dell'eversione delle pagine peritoneali. Il decorso post-operatorio fu del tutto normale: i disturbi (vomito, dolori) scomparvero come d'incanto, e già al quinto giorno l'inferma che prima dell'operazione era obbligata a un digiuno quasi completo, poteva già ricever cibo, con sua soddisfazione e maraviglia, senza il minimo disturbo.

Come risulta da quanto ho esposto le quattro pazienti, una operata di colecistectomia, le altre tre di gastro-enterostomia hanno presentato dopo un benessere più o meno breve una sindrome da stenosi pilorica identica; il sintoma più importante e che dominava nel quadro morboso era il vomito ostinato che si ripeteva ad ogni ingestione di cibo e non si calmava che con il digiuno: per conseguenza i malati si ricusavano di prender cibo e deperivano notevolmente: il vomito era preceduto da dolori più o meno intensi, a volte insopportabili sotto forma di crisi, che poi scomparivano col vuotarsi del contenuto gastrico.

Tali disturbi in genere non si sono presentati subito dopo l'operazione ma dopo qualche mese a volte, come in uno dei casi da me rioperati, dopo più di un anno dal primo intervento. Si poteva scartare l'idea del circolo vizioso, sia esso determinato da una gomitatura a Λ dell'ansa anastomosata, o da una tumefazione acuta della mucosa del neopiloro, sia essa

causata da una peritonite locale con paralisi della muscolare dello stomaco (Delore): tali disturbi si sà, si producono generalmente nei primi giorni dopo l'operazione. Si poteva pensare ad un'ulcera del neopiloro: in genere i disturbi si iniziano nel secondo anno, a volte dopo 7-9 anni: i malati presentano disturbi dispeptici, dolori, vomito: questo quadro clinico è stato indicato da Denechau, sindrome dispeptica secondaria. Alla radioscopia si nota una deformazione del neopiloro, con spasmo e diminuzione della permeabilità. Rimaneva inoltre da pensare a una cicatrice stenosante del neopiloro, evenienza rara ma pur possibile, a una modalità di occlusione in corrispondenza dell'ansa anastomosata, a uno strozzamento di un'ansa nella breccia mesenterica non esattamente suturata. Per conseguenza in presenza di vomito tardivo in gastro-enterostomizzati, oltre a tutte le possibili complicazioni accennate, pensare spesso alla eventualità di aderenze più o meno salde sulla faccia anter. dello stomaco, aderenze facilmente removibili, la cui rimozione è sufficiente a dare la guarigione completa, la cessazione del vomito, dei dolori, anche senza ricorrere a una nuova gastro-enterostomia. Curare la peritonealizzazione esatta delle superfici cruentate, assicurarsi che lo stomaco sia completamente libero da ogni aderenza, suturare il peritoneo coll'eversione dei margini come consiglia il Taddei. In che modo agiscono le aderenze?

In qualche caso formano in realtà come un anello strozzante la pars pilorica e quindi danno la stessa sindrome della stenosi pilorica: in altri casi si tratta invece di aderenze multiple alla parete anter. dell'addome, aderenze fatte dal legamento rotondo del fegato, saldato allo stomaco, dall'omento trasformato in alcuni casi in cordone rigido, aderente allo stomaco, da aderenze multiple fra stomaco e fegato, fra stomaco e peritoneo parietale: perciò se in alcuni casi si può parlare di strozzamento, in altri casi invece si tratta di briglie multiple che non strozzano lo stomaco nella pars pilorica, ma ne vengono inevitabilmente a diminuire la motilità e per conseguenza il suo giuoco funzionale. La trazione che di conseguenza si esercita sullo stomaco, imbrigliato da aderenze, è causa dei vivi dolori che gl'infermi accusano e del vomito che se in alcuni casi è spiegabile per ragioni vere e proprie di stenosi meccanica, in altri casi deve forse attribuirsi a un fatto meccanico e insieme a un fatto riflesso.

Questi casi vengono inoltre a dimostrare come non siano logici quei processi di pessia dello stomaco (Rowsing Duret) per curare la gastro-ptosi-ectasia idiopatica, poichè come giustamente osserva lo Schiassi, lo stomaco per assolvere liberamente al suo ufficio chimico-digestivo e dinamico ha bisogno di muoversi continuamente dentro le due cavità virtuali dalle quali è circondato, al davanti la grande cavità peritoneale, dietro la retro-cavità degli epiplon.

BIBLIOGRAFIA.

CARDARELLI. *Lezioni di Clinica Medica*. Biblioteca dello Studium, Napoli.

DELORE et CONVERT. *L'ulcère peptique du jejunum consécutif à la gastro-enterostomie*. Revue de Chirurgie, n. 1, 1920.

DELORE et DUNET. *Des interventions itératives dans le cancer gastrique*. Ibid., n. 6, 1922

DELORE, MICHON et POLLOSON. *Oblitération cicatricielle des bouches de gastro-entéro-anastomose*. Ibid., n. 2, 1924.

DELORE. *Sur deux modes larvés de reaction péritoneale en chirurgie gastrique*. Ibid., 1925, p. 405.

DONATI. *Chirurgia dell'Addome*. Società Editrice Tipografica Torinese.

MARINACCI. *Occlusione Intestinale*. L'Universelle, Imprimerie Polyglotte, Roma.

GELAS. *De quelques considérations sur l'ulcère gastro-jéjunal consécutif à la gastro-entérostomie*. Revue de Chirurgie, n. 12, 1921.

RIEDEL. *Mitteilungen d. Gren. der Med. und Chir.*, Bd. II, Hft, 4.

SCHIASSI. *Gastro-ptosi-ectasia e suo trattamento*. Estratto del Policl., S. Chir., 1922.

TADDEI. *Conferenze, lezioni e note di Chirurgia pratica*. Unione Tipografico-Editrice Torinese.

Ospedale di S. Giacomo in Roma - Reparto Chirurgico diretto dal primario Prof. G. EGIDI.

Un caso di cancro dello stomaco con diffusione al peritoneo e alle pleure.

Dott. INNOCENZO NUVOLI.

B. R., da Roma, a. 45, tipografo. Nulla nel gentilizio e nell'anamnesi personale remota, se non una leggera uretrite sofferta a 21 anni. Modico bevitore. Nega lues. A 23 anni si ammogliò con donna sana da cui ebbe 3 figli che godono buona salute.

La malattia attuale data da 3 mesi; dopo un pasto copioso insorsero dolori addominali e febbre alta che cessò dopo due giorni. Dopo tale episodio comparve dispepsia a tipo astenico caratterizzata da senso di pesantezza gastrica, eruttazioni non acide ma gassose, repugnanza alla carne, digestioni difficili e prolungate; si aggiunsero in seguito dimagramento e debolezza. Di tanto in tanto vomito alimentare senza caratteri speciali.

Da circa un mese il p. si è accorto che il ventre è aumentato di volume. L'ingresso all'ospedale è stato determinato dal comparire di abbondante melena che ha anemizzato il paziente.

E. O.: Condizioni generali buone, sensorio integro, decubito supino. Nulla a carico della cute. Pannicolo adiposo scarso. Masse muscolari atoniche ipotrofiche. Nulla a carico delle ossa e articolazioni. Polso eguale, ritmico a bassa pressione. Lingua patinosa umida. Nulla a carico del faringe e delle tonsille. Apparato linfoghiandolare: presenza di ghiandole ascellari poco aumentate di volume e consistenza, così pure si notano ghiandole latero-cervicali e inguinali; non si riscontrano invece ghiandole sopraclavicolari ed epitrocleari. Cuore: nulla. Torace: nulla, all'infuori di qualche sfregamento alla base destra. Addome: globoso, cicatrice ombellicolare spianata, non reticolo venoso; indolente in tutti i quadranti alla palpazione superficiale. Manifesta sensazione di fiotto che si trasmette da un lato all'altro. Alla percussione in posizione supina si rileva un'ottusità nelle regioni inferiori e laterali dell'addome; tale ottusità è limitata da una linea concava in alto passante due dita sotto all'ombelico. La percussione sui lati in posizione laterale torna a dare suono chiaro.

La palpazione profonda in corrispondenza della regione gastrica non rivela tumefazioni, ma riesce dolente. Il fegato si palpa sotto l'arcata di superficie liscia e non aumentato di consistenza. La milza non si palpa.

Puntura esplorativa dell'addome: dà esito a liquido citrino torbido con Rivalta lievemente positiva. Sedimento abbondante ed ematico. Microscopicamente si rivelano abbondantissime emazie, linfociti e grandi mononucleati ed alcune cellule endoteliali.

Esplorazione rettale. — Alla distanza di 10 cm. dall'orificio, in corrispondenza dello spazio del Douglas si palpa un nodulo duro della grandezza di circa una nocciola a margini mal definiti.

Esame succo gastrico dà: anacloridria e assenza di acido lattico.

Esame radiologico. — Due radiogrammi mostrano un difetto di riempimento esteso a tutta la porzione pilorica la quale è sostituita da un tramite irregolare ed anfrattuoso che direttamente immette nel duodeno di cui si scorge bene la seconda e terza porzione. Nulla può dirsi circa il tempo di svuotamento, date le gravi condizioni del paziente.

Durante la degenza in ospedale durata 2 mesi e 12 giorni si eseguono sei paracentesi con ciascuna delle quali si estraggono circa cmc. 4000 di liquido che per le due prime paracentesi conserva i caratteri del liquido estratto con la puntura esplorativa eseguita lo stesso giorno di entrata all'ospedale. Il liquido estratto in 4ª e 5ª paracentesi eseguita una settimana prima dell'*obitus* dà esito a liquido scuro torbido.

Dopo circa un mese di degenza il paziente è fortemente dispnoico ed accusa dolore puntorio alla base dell'emitorace destro ed è molestato da tosse secca stizzosa, che risveglia il dolore. L'esame fisico del torace rileva abolizione del fremito ed ottusità di suono su entrambi le basi. L'ascoltazione della base dell'emitorace destro dà soffio bronchiale. La puntura esplorativa destra dà esito a liquido citrino torbido con Rivalta lievemente positiva. Si eseguisce una prima toracentesi a destra e si estraggono circa 500 centimetri cubi di liquido avente gli stessi caratteri di quello estratto con la puntura esplorativa.

In 38ª giornata di degenza si eseguisce (prof G. Egidi) una laparatomia esplorativa: Anestesia locale novocainica. Piccola laparatomia trans-rettale sinistra. Reperto: Liquido torbido giallastro. Infiltrazione diffusa del peritoneo costituita di molto piccoli nodi confluenti in numerosi tratti, senza traccia di sostanza caseosa. Il grande omento è in alcuni tratti trasformato in massa compatta. I visceri sono aderenti fra loro. Si escide un piccolo tratto di omento infiltrato. L'esame microscopico di tale pezzo di omento dimostra ispessimento del tessuto connettivale a nodi. Nulla che possa far pensare a tessuto neoplastico, forse perchè la sezione è caduta nella zona di reazione connettivale perineoplastica. In 46ª giornata di degenza compaiono sintomi di pleurite anche alla pleura sinistra da cui si estraggono 400 centim. cubi di liquido nettamente ematico. In 60ª giornata di degenza il P. viene a morte.

Autopsia. — L'esame esterno del cadavere dimostra: colorito della pelle terreo. Stato di nutrizione fortemente scaduto. Muscolatura ipotrofica. Cassa toracica svasata alla base con spazi intercostali ampi. Addome globoso con cicatrice ombellicale spianata e lieve diastasi dei retti addominali

Esame esterno: Nulla a carico del cranio e suo contenuto.

Cavità toracica e addominale: Appena aperta la cavità addominale furiescono circa 3 litri di liquido avente gli stessi caratteri macroscopici di quello già estratto in vita nelle ripetute paracentesi. Completando l'incisione fino al pube ed esaminando lo stato dei visceri ciò che subito risalta all'osservazione è la quasi totale retrazione del grande omento che è ridotto ad una listerella di due o tre centimetri sul margine del colon trasverso. Tale listerella che solo per la sua situazione anatomica viene interpretata per il grande omento appare formata di un tessuto fibroso duro, di colorito biancastro stridente al taglio dello spessore di circa un centimetro e mezzo o due, ed in cui non è più possibile, almeno macroscopicamente, riconoscere vestigia di tessuto adiposo.

Tutto il tenue è situato nella parte centrale del ventre ed è aderente alla parete posteriore di questo; sulla quale costituisce un blocco delle dimensioni di circa cm. 20 × 15. Il colon circonda esattamente l'intestino tenue ed è meteorico fino al discendente. Il mesentere come pure i mesocolon sono straordinariamente retratti e palpandoli nei loro diversi punti appaiono di differente spessore, che in alcuni punti raggiunge i 3 centimetri.

Tutte le anse del tenue sono aderenti l'una all'altra e le aderenze sono costituite da fibrina e per conseguenza facilmente distaccabili.

Lo stomaco non appare affatto, esso è coperto dal colon trasverso che aderisce saldamente alla parte anteriore dell'addome a mezzo di aderenze fibrose che solo il bisturi riesce a disseccare. Liberato il colon da tali aderenze ci appare lo stomaco alterato nella sua forma e nei suoi rapporti da un grave processo di perigastrite fibrosa la quale fa aderire l'organo alla parete posteriore dell'addome e agli organi che da questa lo separano abolendo così la porzione superiore della retrocavità degli epiploon. L'epiploon gastro-epatico è anch'esso raccorciato ed ispessito allo stesso modo del grande omento, esso fa ade-

rire lo stomaco alla superficie inferiore del fegato. Le ghiandole in esso contenute sono tumefatte ma non fuse insieme.

Il margine sinistro dello stomaco aderisce alla milza e al mesocolon trasverso. La grande tuberosità dello stomaco è anch'essa fortemente aderente alla concavità della cupola diaframmatica. Il fegato aderisce anch'esso per aderenze fibrose al diaframma. La milza per analoghi processi di perisplenite non è possibile distaccarla sia dallo stomaco nè dal colon nè dalla parete addominale se non con l'aiuto del bisturi.

La sierosa parietale è di aspetto grigio-roseo ispessita in toto ed a piccoli nodi; nessuno dei quali ha caratteri dei comuni nodi tubercolari o carcinomatosi. Tali noduli sono di differente grandezza che va da quella di un grano di miglio a quella di una grossa lenticchia. Sono pallidi e si sollevano sulla superficie della sierosa peritoneale secondo un aspetto che ricorda il ponfo dell'orticaria. Nella cavità toracica si trova: discreta quantità di liquido siero ematico avente le medesime caratteristiche citologiche di quello estratto in vita. Diaframma bilateralmente abbassato. Nulla a carico del pericardio e del cuore. Le due sierose pleuriche sono però cosparse di noduli aventi il medesimo aspetto di quelli della sierosa peritoneale.

Dato così uno sguardo alle principali alterazioni dei diversi organi e dei rapporti reciproci di essi descriveremo ora le alterazioni di ogni singolo organo.

Cuore e pericardio: normali.

Polmoni: assenza di qualunque focolaio tubercolare apicale, così pure le ghiandole dell'ilo sembrano indenni di affezione specifica.

Stomaco: appare molto rimpiccolito e deformato, specialmente nella sua porzione justa-pilorica. Lo spessore delle pareti è aumentato. La mucosa è aumentata di spessore e in alcuni punti ove la parete è maggiormente ispessita, presenta delle pieghe che non si lasciano distendere data la retrazione delle tuniche esterne del ventricolo. In un punto situato sulla parete posteriore dello stomaco in vicinanza del piloro trovasi una profonda depressione della parete gastrica che fa infossare la mucosa a formare come un diverticolo, in nulla differente nell'aspetto da un diverticolo vescicale. Tale diverticolo sembra dovuto all'ispessimento e alla retrazione fibrosa delle tuniche esterne dello stomaco che hanno trascinato e fissato la mucosa gastrica verso l'esterno; esso è delle dimensioni di una grossa nocciola e la mucosa nel suo interno non appare alterata se non mostrasse un notevole aumento di spessore, come nel resto dello stomaco.

Sulla piccola curvatura a poca distanza dal piloro esiste un'ulcera della grandezza di una moneta di due soldi a margini rilevati e induriti non è facile dire fino a quale stato della parete gastrica questa ulcera si approfondisca poichè sezionata secondo il suo maggiore asse non è possibile riconoscere nella sezione nessuna delle tuniche dello stomaco; tutta la parete gastrica appare formata da un tessuto connettivale denso che si ispessisce in corrispondenza di detta ulcera in modo da formare un vero tumore fibroso, non avente però nessun carattere macroscopico di neoplasia epiteliale. Se non che alcuni caratteri dell'ulcera fanno pensare al neoplasma, quali i margini duri e callosi che fanno preminenza all'interno dello stomaco, e la mucosa sui margini della tumefazione aderisce intimamente agli strati sottostanti. Il rimanente dello stomaco, astrazione fatta dell'aumento notevole di spessore della mucosa e dall'ispessimento fibroso delle tuniche esterne del ventricolo, non mostra alterazioni degne di nota.

Il mesenterio, come si è già detto, è raccorciato, ispessito e retratto; le ghiandole in esso contenute sono tumefatte e indurite, da ricordare le metastasi linfatiche di tumori epiteliali.

Intestino: nulla.

Milza: nulla degno di nota se non fatti di perisplenite.

Nulla a carico dei reni.

Fegato: la capsula è ispessita, ma nulla lascia intravvedere noduli metastatici di tumore.

Pancreas: nulla, se non aderenze strette e fibrose colla parete post. dello stomaco da cui non è possibile una dissezione completa.

Esame microscopico. — L'esame di un pezzo dello stomaco preso a livello dell'ulcera della grande curvatura dimostra un tratto di parete abbastanza conservato di cui è visibile la mucosa, la muscularis, la sottomucosa, la muscolare propria, la sottosierosa e sierosa. In altri tratti v'ha difetto della mucosa e di parte della sottomucosa e l'interno della parete è dato dagli strati ultimi della sottomucosa, dalla muscolare e sottosierosa (ulcerazione).

Esaminando con cura la mucosa mentre in alcuni tratti si vedono ghiandole di struttura quasi normale con presenza sulla parete di cellule ossifile, in altri tratti la struttura ghiandolare è completamente sovvertita da struttura alveolare con sottili pareti connettivali includenti cellule, poco differenziate, rotondeggianti o poligonali accumulate in gran numero negli alveoli o a fasci di connettivo.

L'accumulo di tali cellule in spazi irregolari si prosegue nella muscularis e si approfonda nella sottomucosa ove lo stroma alveolare diventa sempre meno compatto e le cellule scarseggiano. Ritorna ad apparire nella muscolare propria fra i fasci fibro-muscolari negli spazi linfatici che decorrono fra i fasci oltre infiltrati linfocitari le cellule rotondeggianti o poligonali che apparivano negli alveoli. Nella sottosierosa oltre infiltrati linfocitari si trovano pure sparse le stesse cellule nel grasso e nel connettivo, dove si rinvengono anche alveoli, ma le cellule sono per lo più isolate nelle fessure del tessuto.

Ulcera piccola curvatura: Sulla piccola curvatura, accanto alla mucosa infiltrata si rinviene in un certo tratto interruzione di essa fino alla muscolare propria che è divisa per neoformazione connettivale fibrosa nei suoi fasci, i quali rimangono notevolmente distanziati. Non si osserva alcuna formazione cancerosa in superficie però solo qua e là in profondità della muscolare si osservano alveoli con poche cellule cancerose del tipo descritto nella precedente ulcerazione.

Nel dominio della formazione cancerosa e precisamente nella sottomucosa sonvi processi endoarteritici e trombi organizzati nelle vene che fanno pensare a precedenti alterazioni delle pareti dello stomaco tanto più che nelle pareti di questi vasi non esistono alterazioni cancerose.

Peritoneo: In mezzo al grasso e fra gli elementi dell'infiltrato linfocitario si osservano cel-

lule dell'aspetto di quelle dello stomaco in alveoli più scarse. Le caratteristiche di tali cellule rassomigliano a cellule a sigillo.

L'ispessimento e l'infiltrato parvicellulare sono intensi in tratti prossimi ad accumuli di cellule in parola.

Pleura diaframm.: Si presenta ispessita per precedenti infiammazioni con infiltrazioni linfocitarie come nell'infiammazione cronica. Tra l'infiltrato si distinguono strettissimi alveoli contenenti cellule isolate e a gruppi con gli stessi caratteri di quelle dello stomaco. In alcune fissure linfatiche della pleura e in alcuni vasi venosi della pleura stessa si trovano accumulati degli stessi elementi.

Il peritoneo diaframmatico è anche esso ispessito, contiene pochissime cellule cancerose che si osservano anche tra i fasci di fibre muscolari del diaframma, insieme a infiltrazioni linfocitarie.

Sul peritoneo diaframmatico colpisce la deposizione fibrinosa recente e al di sotto di essa in mezzo a fibroblasti si rinvengono cellule del tipo descritto nello stomaco, ma in così scarso numero da non poter costituire dei noduli.

In conclusione perciò due ulceri dello stomaco, una della grande, una della piccola curvatura con infiltrazione cancerosa del fondo a forma di cancro alveolare, diffusa a tutta la parete gastrica dalla mucosa alla sottomucosa al peritoneo sottodiaframmatico e alle pleure.

La forma del cancro alveolare è di quelle non insolite, però si nota la scarsezza di cellule e una strettezza di alveoli non comune.

La forma delle cellule rotondeggianti o poligonali non differenziate e l'incapacità di formare tubuli, cioè l'immaturità della cellulare giustifica la rapidità e la malignità del decorso.

Importante è la diffusione per le vie linfocitarie dimostrata dall'invasione completa del peritoneo, pleura e delle ghiandole linfocitarie regionarie (mesenteriche) e la scarsa propagazione per le vie sanguigne donde la mancanza di metastasi epatiche.

La diffusione alle pleure può avvenire sia per i linfatici transdiaframmatici, sia per l'obliterazione cancerosa del dotto toracico. Ménétrier e Piot, hanno segnalato quest'ultima via di propagazione come vera rarità: è la pleura sinistra che viene infettata conseguentemente all'obliterazione del canale toracico e all'infezione cancerosa retrograda che ne risulta.

Contributo allo studio dei corpi estranei del tubo digerente.

Dott. ENRICO GARRONE
degli Ospedali Riuniti di Roma.

La maniera di comportarsi nel canale gastroenterico dei corpi estranei deglutiti è stata ampiamente illustrata dai ricercatori; l'avvento della radiologia è stato fecondo per questo capitolo di nozioni utilissime, onde si può affermare che esso si è arricchito di dettagli in modo tale da essere uno dei più studiati.

È quindi superfluo voler riassumere quanto in proposito è ormai acquisito; ma per ribadire alcuni concetti e stabilirne altri, stimo utile render noto ciò che mi è occorso recentemente di osservare, tanto più che trattasi di evento particolarmente raro.

K. A., di a. 30, impiegata, da Vienna.

Anamnesi familiare negativa.

Nell'estate 1915 ebbe a soffrire di dolori al quadrante inferiore destro dell'addome, cui si accompagnarono febbre, vomito, alvo impervio alle feci e ai gas. Tale affezione fu diagnosticata come appendicite e curata con dieta lattea, ghiaccio sull'addome e riposo a letto.

Analoghi fenomeni si ripeterono altre tre volte prima della fine del 1915. Sul finire del 1916 fu operata da un chirurgo, il quale affermò di averle praticata l'appendicectomia. Si rimise pochissimi giorni dopo l'intervento e stette bene sino al dicembre 1918, epoca nella quale un attacco in tutto simile ai precedenti indusse altro chirurgo a reintervenire con diagnosi di probabile peritonite. Si trovò difatti una peritonite, ma, con somma sorpresa dell'operatore, la causa di essa risiedeva nell'appendice, la quale non era stata affatto asportata e con il suo recente perforarsi aveva dato origine al quadro morboso.

(Si seppe in seguito che il primo chirurgo aveva altre volte agito in egual maniera; egli fu poi sottoposto ad azione giudiziaria per tali fatti). La ferita laparotomica fu tamponata e guarì per seconda in tre mesi.

Il giorno 17 febbraio 1929 la p. deglutì con mossa involontaria un comune ago da cucire che teneva fra le labbra.

Avvertì tosto un dolore puntorio nella regione dell'esofago cervicale, dolore che si dileguò ben presto. Per un giorno stette bene; poscia ebbe altra sensazione di puntura alla regione epigastrica, profondamente, indi più nulla sino alla notte del 22 febbraio. Alle 1,30 di detta notte insorge vivo dolore puntorio, a sede profonda, esacerbato dai movimenti, in corrispondenza della cicatrice della pregressa laparotomia. Un distinto collega chiamato d'urgenza, dopo accurato esame, prescrive immobilità assoluta e consiglia un intervento chirurgico da eseguirsi appena che sia possibile. Durante questi tre giorni la p. si è nutrita per consiglio di conoscenti, con molto pane, pappe e patate. Non ha preso purganti.

È andata di corpo regolarmente. Io la vedo il mattino seguente unitamente al collega. L'esame obiettivo generale è negativo. Non febbre. In corrispondenza del quadrante inferiore esterno destro dell'addome si nota una cicatrice pararettale lunga circa 10 cm., larga 2, molle, un poco depressa; la cute non aderisce ai piani profondi, i colpi di tosse provocano accentuazione dei dolori puntori, ma non fanno apprezzare segni di ernia post-laparotomica. La palpazione profonda della regione provoca una vivace sensazione circoscritta di puntura nella fossa iliaca, senza difesa addominale. Deprimendo la cicatrice nel suo mezzo leggermente con due dita, si apprezza nettamente un corpicciuolo duro, circoscritto; la pressione su di esso non lo sposta, bensì accentua ancor più il dolore puntorio profondo.

Se la p. decombe sul lato destro, il corpo in parola non si avverte più, mentre si fa più evidente a decubito sul lato sinistro. Non è difficile, in base a questi dati, pensare che l'ago si sia localizzato nella regione della cicatrice; l'opportunità di indagini radiologiche in questo caso è discutibile, data l'evidenza della diagnosi di sede e la preferenza da accordarsi alla immobilità della p. e al sollecito intervento.

Operazione. — Anestesia locale alla novocaina. Incisione lunga cm. 5 in corrispondenza della cicatrice laparotomica. Si attraversano col tagliente tessuti cicatriziali poco riconoscibili, esplorando ogni tanto con il polpastrello dell'indice che man mano apprezza sempre più nettamente il corpo estraneo. È anche di utile controllo la ricerca della squisita sensazione di puntura profonda localizzata. Si giunge così sull'ago, che risulta essere orientato con la punta profondamente e con la cruna superficialmente.

Pare che la cruna stessa si trovi al livello del piano sottoaponeurotico; con una pinza di Péan si afferra l'ago e lo si estrae intero.

Si drena la piccola ferita con zaffo di garza e la si sutura quasi completamente con agraphes.

Decorso post-operatorio. — In prima giornata T. 37.5 preceduta da lieve brivido, polso 100, dolori vivi alla regione interessata, accentuati dalla pressione; la p. ha sensazione di nausea, vi sono eruttazioni, meteorismo intestinale. Non emissione di feci, bensì di gas. Non difesa addominale. Si toglie lo zaffo. Ferita di buon aspetto.

In 2ª giornata non febbre, polso 80, dolori diminuiti, inappetenza, lingua patinosa ma umida, eruttazioni, meteorismo.

Tali sintomi si dileguano in 3ª giornata; si somministra allora un purgante seguito da regolare effetto. In 5ª giornata si tolgono le agraphes. La ferita guarisce *per primam*.

Sul fatto che il passaggio attraverso il tubo digestivo di un corpo estraneo, anche appuntito o in altro modo ledente i tessuti possa riuscire innocuo o quasi, tutti sono d'accordo. Altre volte la sintomatologia di tali accidenti è variatissima, e, specie ove non ci soccorra l'anamnesi esatta, la diagnosi può essere ardua. A quest'ultimo proposito, mi sia concesso citare qualche caso:

Métraux riferisce di una p. (in cui si era fatta diagnosi di appendicite cronica) sofferente di coliche a ripetizione. L'operazione praticata in seguito all'ultima di esse fece trovare l'appendice perforata; attraverso la perforazione si estrasse un ago rivestito ad uno dei suoi estremi da un calcolo fecale.

Gouilloud e Giuliani osservarono due malate, una delle quali aveva inghiottito nell'infanzia dei pennini. Dopo alcuni anni, questa paziente presentò un quadro clinico di appendicite alta, in seguito al quale si praticò l'appendicectomia.

Poi si svilupparono sintomi di colibacillosi, mentre il rene destro risultava ptosico. Si pratica una nefropessi e si lascia un drenaggio a cagione di un reperto operatorio di perinefrite; nel togliere successivamente il drenaggio fuoriescono dalla ferita tre pennini. L'altra malata aveva deglutito a 17 anni una spilla con capocchia di vetro. Poco dopo si manifestò un ascesso all'epigastrio, che venne inciso. A 20 anni, dolori addominali e pleurite purulenta. A 23 anni, appendicectomia per sintomi di appendicite acuta. Seguirono vari interventi chirurgici per febbre e fistole alla regione iliaca destra, su diagnosi di probabile osteomielite dall'osso iliaco. A 34 anni, si pratica una exeresi ossea più estesa delle precedenti; la febbre cade, la fistola persiste sino a quando da essa fuoriesce la spilla, di cui la malata non aveva mai fatto parola agli operatori. Assai noto poi è il caso riferito da Donati.

Altri casi dimostrano invece, come accennavo, la assoluta o relativa tolleranza verso i corpi estranei del tubo digerente e la loro felice eliminazione, parziale o totale, per le vie naturali. Troiano riferisce del caso di Thompson, di un prigioniero che ingerì a scopo suicida numerosi ganci e chiodi di ferro, unitamente a scheggie di porcellana e di metallo; molti di questi corpi furono eliminati per l'ano, alcuni estratti con una gastrotomia. L'infermò guarì.

Gavazzeni illustrò un interessante caso, corredato da una convincente riproduzione di radiogramma, in cui si trattava di una cinquantina di aghi, ingeriti da una signorina a scopo suicida, dei quali 10 furono emessi prima che venisse praticato il radiogramma e 40 circa furono contati nel radiogramma stesso, scaglionati nello stomaco, nel duodeno, nel crasso. Tutti vennero a poco a poco eliminati senza disturbi per la via dell'ano.

Quali le ragioni di tale tolleranza e della eliminazione spontanea?

Prima di tutto, l'esofago è facilmente percorso dai corpi ingeriti, e singolarmente tollerante, a meno che non si tratti di corpi voluminosi che si arrestano ad una delle stretture fisiologiche di quest'organo.

Proseguendo, gli ostacoli maggiori sono il cardias e il duodeno, ma se trattasi di aghi, questi possono facilmente progredire.

E il meccanismo di questa progressione, da estendersi anche e sopratutto al tratto intestinale, è ben descritto da Chaufour: l'intestino si contrae sul corpo estraneo e la peristalsi lo fa progredire gradualmente senza che esso si impigli nelle pliche della mucosa, dilatandosi contemporaneamente il tratto sotto-

stante. Questo è quanto probabilmente avvenne nel nostro caso. L'eliminazione dell'ago avvenne nel punto ove questo si era impigliato in un segmento di intestino reso anormale dalle pregresse affezioni infiammatorie che con ogni facilità generarono aderenze e deformazioni. Ma ad un'altra ipotesi credo mio dovere accennare, pur essendo contrario alle spiegazioni azzardate dei fatti: molti autori (Staehelin, Donati) dicono che la parete gastrica può dagli aghi ingeriti essere attraversata senza dar dolori o altri sintomi; se a questa nozione aggiungiamo il silenzio dei sintomi nella nostra p. durante il periodo che immediatamente precedette il dolore puntorio nella fossa iliaca destra, non si potrebbe da qualcuno pensare che l'ago, attraversata la parete gastrica, si sia impegnato nel tessuto cicatriziale residuato dal pregresso intervento, dopo aver percorso il cavo peritoneale libero? Io penso di no: la stessa tolleranza perfetta di esso durante l'intervallo, tolleranza la quale, abbiamo visto, può essere grande da parte dell'intestino, non sarebbe stata invece così completa da parte del peritoneo, il quale, si sa bene, è, se non altro, molto sensibile e avrebbe dato segno con dolori vivi del passaggio e delle inevitabili punture dell'ago.

Due parole sulla cura: a parte la ingestione di alimenti farinacei e di pappe, consigliata da molti, l'unica terapia che si impone in questi casi è la chirurgica. Non saprei però dar torto a Gavazzeni che conclude la surriferita osservazione esprimendo il parere che si debba intervenire solo a ragion veduta e dopo accurata osservazione dei pazienti, e ciò in considerazione, sia della talora grande tolleranza del tubo digerente verso i corpi estranei, sia della prognosi non sempre infausta che questi comportano.

CONCLUSIONI.

1) I corpi estranei nel tubo digerente possono talvolta essere tollerati molto bene e molto a lungo.

2) Frequente ne è l'eliminazione per le vie naturali.

3) Le sindromi cui essi dànno luogo possono essere svariatissime.

4) L'eliminazione di essi può però avvenire talora nei modi e per le vie meno abituali, come avvenne per la mia malata.

5) La terapia di simili casi è quasi sempre chirurgica.

BIBLIOGRAFIA.

CHAUFOUR. La pratique médicale française, dicembre 1927.
DONATI. *Chirurgia dell'addome.* U. T. E. T., 1914, pagg. 286-311.
GAVAZZENI. La Radiologia Medica, dicembre 1927.
GOUILLAUD e GIULIANI. Lyon médical, 20 novembre 1927.
LASAGNA. Policlinico, Sez. prat., 1927, pag. 454.
LÉJARS. *Chirurgia d'urgenza.* Vallardi, Milano, 1922, pag. 427.
MÉTRAUX. Revue méd. de la Suisse Rom., marzo 1927.
STAEHELIN. *Trattato di medicina interna.* Soc. Ed. Libr. Milano, 1924, vol. 3, parte II, pag. 312.
TROIANO. Policlinico, Sez. prat., 1924, pag. 1008.

NOTE E CONTRIBUTI

Istituto di Puericultura di S. Gregorio al Celio in Roma.

Il latte oleo-farinoso acido nell'alimentazione dei bambini denutriti.

Prof. R. POLLITZER, direttore sanitario.

L'alimentazione dei piccoli bambini denutriti offre spesso notevoli difficoltà sia nelle famiglie che negli istituti. Quando lo stato di denutrizione non venga mantenuto da malattie in atto, nel qual caso richiede naturalmente in primo luogo una cura etiologica, esso è la conseguenza di una insufficienza qualitativa o quantitativa dell'alimentazione precedente. Questa insufficienza può essere il risultato di disagi economici, di poca cura nella scelta, nella preparazione o nella somministrazione degli alimenti al bambino, oppure dell'ignoranza dell'igiene alimentare infantile; in altri casi invece, e sono appunto i più gravi e difficili a trattare, l'ipoalimentazione o l'alimentazione unilaterale è stata assolutamente necessaria per le condizioni gastro-intestinali del bambino e si è poi protratta a lungo o senza necessità oppure perchè ad ogni tentativo di variazione o arricchimento della dieta il bambino reagiva con una recrudescenza dei disturbi gastro-intestinali.

L'arricchimento della dieta dei bambini denutriti, necessaria se si vuole ottenere in essi un aumento di peso, impone in quasi tutti i casi grandi cautele: nei bambini denutriti in conseguenza di malattie gastro-intestinali o della dieta da queste resa indispensabile, per il facile risveglio dei disturbi stessi e conseguente peggioramento dello stato di nutrizione; nei bambini semplicemente denutriti, per la deficiente funzionalità secretiva e motoria del loro sistema digerente, costante conseguenza questa di ogni ipoalimentazione che si protragga piuttosto a lungo.

Il fabbisogno alimentare dei bambini denutriti è molto elevato. Talbot ed altri autori hanno dimostrato che il loro metabolismo basale è, per chilogramma di peso, maggiore che nei bambini normali. Per determinare il fabbisogno di un bambino denutrito si può tener conto del deficit bruto e del deficit individuale del suo peso. Deficit bruto è chiamata da Terrien la differenza fra il peso del bambino e il peso che sarebbe normale per la sua età. Gli autori americani tengono conto soltanto del deficit bruto e ritengono che ad un bambino denutrito si debba arrivare a dare una alimentazione che fornisca 80-110 calorie per ogni kg. del peso che dovrebbe avere un bambino normale della stessa età. Così p. es. secondo Marriott un bambino di due anni che pesi 6 kg. anzichè 12, avrebbe un fabbisogno doppio del normale; per ogni kg. del suo peso effettivo, 220 calorie, fabbisogno come si vede enorme (dovrebbe pesare 12 kg., dunque ricevere 12 volte 110 calorie). Per stabilire il deficit individuale Terrien tiene conto oltre che dell'età anche della statura del bambino. Infatti i bambini denutriti sono spesso anche meno lunghi del normale. Deficit individuale è la differenza tra il peso del bambino denutrito e il peso che sarebbe normale per un bambino della sua stessa statura (indipendentemente dall'età); il bambino denutrito avrebbe un fabbisogno corrispondente a quello di un bambino normale della sua medesima statura. Così un bambino di 6 kg., con deficit individuale di 2 kg. e deficit bruto di 4 kg. dovrebbe ricevere secondo Marriott 1100 calorie al giorno, secondo Terrien soltanto 800 calorie al giorno. Tutte queste regole e questi dati hanno però naturalmente un valore soltanto limitato; si devono modificare caso per caso tenendo conto oltrechè del peso e della statura del bambino di altri fattori individuali come p. es. il peso e la statura al momento della nascita. Così p. es. applicando la regola di Terrien al caso n. 9 troviamo un bambino che pesa meno mentre è invece più lungo di quanto corrisponderebbe alla sua età; e ha perciò un deficit individuale (1400 gr.) superiore al deficit bruto (400 gr.).

Ad ogni modo però il bambino denutrito dovrà ricevere una alimentazione abbondante, abbastanza abbondante se si vuol tener conto del solo deficit individuale, estremamente abbondante invece se si considera come base del fabbisogno il deficit bruto. La scelta dell'alimento che renda possibile a questi bambini un buon accrescimento senza danneggiarne il sistema digerente o altri sistemi organici, è uno dei compiti più difficili della dietetica infantile. L'alimento deve poter fornire in piccolo volume molte calorie, deve essere perfettamente tollerato per non determinare o risvegliare i disturbi gastro-intestinali e deve essere preso volentieri dal bambino che spesso soffre di inappetenza. Un alimento molto usato in Germania e specialmente in America per l'alimentazione dei bambini denutriti è il latte di vacca intero arricchito di zucchero. Ha il vantaggio di essere ricco in sostanze proteiche ed in sali, indispensabili ad un organismo che deve aumentare con relativa rapidità i propri tessuti. Esso però non è sempre ben tollerato e non fornisce un numero eccessivo di calorie per cui se ne devono somministrare quantità rilevanti per coprire l'alto fabbisogno dei bambini denutriti. In un bambino denutrito è invece desiderabile evitare qualsiasi alimentazione unilaterale; si deve quindi cercare di coprire il suo alto fabbisogno in calorie con un alimento a valore calorico elevato con cui sia possibile integrare, senza dover sostituire del tutto, l'alimentazione mista normale.

Alimenti ad alto valore calorico sono le miscele arricchite di grasso. Raccomandate da Biedert in forma di latte-panna, da Czerny-Keller in forma di miscele latto-burro-farinose, sono state opportunamente modificate da Frontali con la sostituzione dell'olio di oliva al grasso del latte. La miscela oleo-farinosa di Frontali si prepara facendo friggere per qualche minuto 5-10 grammi di olio, aggiungendo quindi altrettanta farina, e, mescolando continuamente a fuoco lento, lasciando cuocere fino a che la farina imbevuta di olio acquista un colore bruniccio. Si versano su questa miscela 100 grammi di acqua calda zuccherata e si mescola a fuoco lento fino ad ottenere una mescolanza omogenea; con questo liquido si diluisce il latte di vacca a parti eguali. La miscela oleo-farinosa ha il vantaggio di somministrare una discreta quantità di grasso, elemento indispensabile ad un organismo che deve aumentare di peso in notevoli proporzioni, e di sostituire ad un grasso spesso mal tollerato (burro) un grasso ben tollerato ed assimilabile con maggior facilità ed in maggiori proporzioni. I risultati ottenuti da Frontali alimentando i lattanti con la miscela oleo-farinosa furono ottimi e risultati egualmente buoni ottennero poi, in successive ricerche, De Gironcoli e Moggi. La miscela oleo-farinosa, alimento molto ricco di grasso, si presta molto bene all'alimentazione dei lattanti o piccoli bambini normali o tutt'al più ammalati di lievi malattie gastro-intestinali. Frontali stesso dice di aver ottenuto risultati meno buoni nei bambini notevolmente atrofici o nei lattanti che avevano sofferto recentemente disturbi della nutrizione gravi e prolungati. Questi bambini non presentavano un deciso aumento di peso ma oscillavano intorno ad un peso costante, come avevano fatto con altri tipi di alimentazione.

Di fronte al problema dell'alimentazione di

bambini denutriti e specialmente di quelli sofferenti di disturbi della nutrizione ribelli e prolungati, ho cercato di modificare la miscela oleo-farinosa in modo da aumentarne la tollerabilità e da tentare di renderne la composizione più adatta a questa speciale categoria di bambini. Questo scopo è stato raggiunto principalmente con l'acidificazione della miscela oleo-farinosa.

È da tempo noto che l'acidificazione del latte di vacca ne aumenta la tollerabilità (ragione dell'uso del babeurre). Mentre fino a poco fa si usavano principalmente i latti acidificati per azione batterica, oggi si preferisce generalmente aggiungere direttamente l'acido al latte; così si è raccomandato di aggiungere al latte di vacca acido cloridrico, acido lattico, aceto, succo di limone.

L'acidificazione del latte di vacca è vantaggiosa sotto diversi punti di vista; anzitutto ne aumenta indiscutibilmente la digeribilità. Il latte di vacca neutralizza in proporzione elevata l'acido del succo gastrico, in proporzione molto maggiore del latte di donna. Per portare 100 grammi di latte alla reazione Ph 5, si devono aggiungere ad esso 15-20 cmc. di acido cloridrico decinormale se si tratta di latte di donna, mentre si deve aggiungere molto più acido (50-60 cmc.) se si tratta di latte di vacca. La neutralizzazione dell'acidità gastrica intralcia notevolmente la capacità digestiva dello stomaco, infatti la pepsina può esplicare la sua piena attività digestiva soltanto in ambiente a Ph. 2,3.

Il latte di vacca acidificato invece non neutralizza il succo gastrico più di quanto non lo faccia il latte di donna. Altro fattore di maggiore digeribilità è il coagularsi della sua caseina in grumi più fini. Secondo alcuni autori il latte acido sarebbe anche più tollerato per la denaturazione dei suoi proteidi; esso stimolerebbe inoltre il flusso della bile, dei succhi pancreatici e intestinali e favorirebbe l'assorbimento del grasso, delle proteine e dei sali minerali (Klotz).

Anche la lipolisi gastrica è favorita dall'acidificazione del latte; infatti la lipasi gastrica è pienamente attiva solo ad un Ph. 4,5-4. L'azione della lipasi gastrica non è trascurabile; infatti secondo Sedwick il 20 % del grasso verrebbe scisso già nello stomaco. Deve essere poi presa in seria considerazione l'azione battericida del latte acidificato; esso è perciò di solito privo di germi patogeni ed esercita nello stomaco una azione antibatterica, ciò che lo rende alimento prezioso specialmente negli istituti dove i lattanti possono facilmente essere esposti al pericolo di infezioni enterali o parenterali: i lattanti alimentati con latti acidi presentano più raramente degli altri, durante infezioni parenterali, diarrea e notevoli diminuzioni di peso (Müller).

Mentre in America Faber usa principalmente il latte acidificato con acido cloridrico, Marriott preferisce il latte addolcito con una miscela destrinizzata e acidificata con l'acido lattico. Questo latte gli ha dato ottimi risultati nell'alimentazione di lattanti normali e di lattanti atrepsici, cui è riuscito a far tollerare con tale alimento fino a 150-200 calorie per kg. di peso (in media 153 calorie per kg.). L'acido lattico ha il vantaggio di essere l'acido che si forma nel latte stesso in seguito a fermentazione del lattosio e di venire facilmente e completamente distrutto nell'organismo.

Ho cercato di combinare i vantaggi del metodo di Marriott con quelli del metodo di Frontali, acidificando con l'acido lattico la miscela oleo-farinosa. Ho potuto così usare il latte vaccino meno diluito che nella miscela originale, col vantaggio di somministrare ai bambini maggiori quantità di proteidi e di sali. Frontali ha dimostrato che l'aumento dei proteidi peggiora l'assimilazione del grasso; nel caso speciale però di bambini denutriti, il minore assorbimento del grasso mi sembra compensato dalla necessaria maggiore introduzione di proteidi. La miscela contiene inoltre una discreta quantità di burro allo stato di emulsione naturale, grasso che se pure viene meno tollerato e assimilato, è però certamente più ricco in vitamine dell'olio, e la cui tollerabilità ed utilizzazione viene favorita dall'ambiente acido.

Preparazione:

Si prepara la miscela oleo-farinosa, facendo friggere 40 grammi di olio di oliva con altrettanta farina, semplice o diastasata in parte (nel forno). Dopo che la miscela, riscaldata a fuoco lento, mescolando continuamente, ha preso un colore bruniccio, vi si aggiunge 1/3 litro di acqua zuccherata con 40 gr. di zucchero comune. Si unisce il tutto ad 1 litro di latte di vacca puro, acidificato con acido lattico secondo il metodo di Marriott: latte fatto bollire per 5 minuti; raffreddato completamente e tolta la membrana di albumina coagulata, si aggiungono al latte che deve essere completamente freddo, 8 cmc. di acido lattico puro, per litro. Si lascia cadere l'acido col contagoccie, mescolando bene dopo ogni goccia caduta. Questa miscela acida (L. O. F. Ac.) contiene per litro 56 gr. di grasso (30 olio e 26 burro), 22 gr. di proteidi e 4,6 gr. di sali; mentre la miscela di Frontali contiene per litro 30-50 gr. di grasso, 15 di proteidi e 3 gr. di sali.

La miscela va ben mescolata *durante* la somministrazione per renderla omogenea.

A) Lattanti non ammalati, molti precedentemente denutriti per lungo tempo, che non au-

mentano di peso con un'alimentazione mista normale:

1) M. Mario. È il bambino su cui la miscela oleo-farinosa acida è stata sperimentata per un periodo di tempo più lungo: per 9 mesi consecutivi. All'età di 6 mesi pesa kg. 4,700. Stato di nutrizione molto scadente, cute pallida. Stridor inspiratorius congenitus. Il peso non aumenta: dopo 4 mesi di permanenza nell'istituto, il bambino pesa, a 10 mesi, kg. 4,800. Deficit bruto 3500 gr., def. individ. 1700 gr. È allattato in parte con latte di donna, in parte alimentato con Dryco e Mellin's. Si sostituisce allora a quest'ultimo il L. O. F. Ac., preparata col Dryco anzichè col latte; dose di 600 gr. al giorno. Nel primo mese aumento di peso di 800 gr., nel secondo mese di 500 gr. Poi la curva di accrescimento si appiana, in 10 giorni aumento di soli 50 gr. Si sostituisce allora il latte fresco al Dryco, e si aumenta la quantità della miscela così modificata, ad 800 gr. al giorno. Nel mese seguente, aumento di peso di 650 gr., nel successivo, di 900 gr., e poi di 550, di 500, di 300 gr. al mese. Entro 3 mesi il bambino ha riacquistato tutto il suo deficit individuale, entro 5 mesi anche il def. bruto. A 17 mesi ha raddoppiato il peso che aveva all'età di 10 mesi, dai 10 ai 19 mesi è aumentato complessivamente di 6 kg. circa. Il peso è quello normale per la sua età, (19 m.) la statura invece corrisponde a quella di un bambino di 12 mesi; il bambino è molto grasso.

2) B. Francesco. Entra all'età di 8 mesi, pesa kg. 6,600. È stato allattato dalla madre per 5 mesi, poi artificialmente. In 40 giorni aumenta di soli 300 gr. La somministrazione di latte albuminoso (600 gr. al giorno) non migliora le condizioni dell'accrescimento: nei 15 giorni seguenti, il peso anzi diminuisce a 6800 gr. Deficit bruto 1400 gr., deficit indiv., 1200 gr. Si danno allora 600 gr. di L. O. F. Ac. al giorno. Il peso resta immodificato nelle prime 2 settimane, aumenta poi nel corso di 1 mese di 900 gr., nel corso dei 2 mesi successivi, di 1300 gr. Il bambino ha ripreso, oltre al def. ind., anche il def. bruto. Aumento complessivo, 2100 gr. in 3 mesi.

3) T. Mario. A 6 mesi pesa kg. 6,150. È stato allattato dalla madre per 2 mesi, poi allattamento misto. Ad allattamento misto (Dryco e Mellin's) il peso non aumenta; neppure dopo sostituzione di latte albuminoso al Dryco. Dopo un mese il peso è diminuito a 5800 gr. Def. bruto 1500 gr. Def. Ind. 1200 gr. Si somministrano 600 gr. al giorno di L. O. F. Ac. Aumento di peso di 800 gr. nel primo mese, di 1300 gr. nei 2 mesi seguenti. Il bambino ha ripreso il def. indiv., il def. bruto è ridotto a soli 300 gr. Aumento complessivo, 2500 gr. in 4 mesi.

4) Lucia. Bambina denutrita, a 10 mesi pesa solo 5000 gr. Nel corso di un mese aumenta di soli 100 gr. Si danno 500 gr. al giorno di L. O. F. Ac. Aumento di 1000 gr. nei 2 mesi successivi. Ammalata di scarlattina, la bambina deve esser dimessa, con un def. bruto ridotto da 2600 a 2200 gr.

B) Giovanissimi lattanti con vomiti abituali:

5) B. Ercole. Ha vomitato dopo ogni pasto, fin dalle prime settimane di vita. Entra all'età di 4 mesi, pesa kg. 3500. Vomita dopo ogni poppata. Allattamento misto (Dryco). Il vomito diminuisce dopo somministrazione di bromuro e belladonna, più ancora dopo somministrazione di pochi cucchiaini di pappa densa (farina lattea) prima delle poppate. Ascesso alla regione sacrale, inciso e medicato a lungo. Nel corso di un mese il peso diminuisce di 100 gr. Sostituzione di 300 gr. L. O. F. Ac., al Dryco. Aumento di peso di 500 gr. nel primo mese, di 400 gr. nel secondo, di 300 gr. nel terzo mese. Il bambino vomita di nuovo dopo ogni pasto, il peso da 4800 gr. scende a 4650 gr. Sostituzione di 2 poppate con pappe dense, delle rimanenti con L. O. F. Ac. (600 gr. al giorno). In 8 giorni il peso è di nuovo 4800 gr., il vomito scompare.

In questo caso la somministrazione del L. O. F. Ac., pur avendo consentito un accrescimento molto superiore a quello ottenuto con altri generi di alimentazione, non ha dato risultati soddisfacenti: il deficit bruto del bambino si è mantenuto inalterato (3100 gr.).

6) R. Marina. Stato di nutrizione ottimo, a 2 mesi pesa gr. 6100. È figlia di padre tubercoloso. Da alcuni giorni però si manifesta vomito dopo ogni poppata. Il peso diminuisce a 5900 gr. Si arresta il vomito con somministrazione di pappa densa (semolino) avanti le poppate; in 15 giorni il peso aumenta di 200 gr. Si danno 300 gr. di L. O. F. Ac. al giorno, oltre al latte di donna. Aumento di peso di 1000 gr. in un mese, di 100 gr. nei 15 giorni seguenti. Aumentata a 600 gr. la quantità giornaliera di L. O. F. Ac., il peso aumenta di 600 e poi di 500 gr. al mese. In seguito ad infezione grippale il peso subisce una diminuzione, per aumentare poi di altri 100 gr. nel mese successivo. Ad 11 mesi la bambina pesa 9950 gr. ed è lunga 69 cm. Aumento complessivo, 3800 gr. in 6 mesi.

C) Lattanti ammalati o convalescenti, specialmente di malattie della nutrizione:

7) A. Aurelio. Entra all'età di 9 mesi, pesa kg. 6600. Stato di nutrizione molto scadente. Feci diarroiche, liquide, mucose, fetide. Non si riesce, con diversi generi di alimentazione, a vincere la dispepsia; nel corso di 2 mesi il peso non aumenta affatto. Ad un tentativo di somministrazione di L. O. F. Ac., la dispepsia peggiora; l'alimento è immediatamente sospeso. Il latte albuminoso non fa migliorare le condizioni dell'accrescimento. Migliorati i fenomeni dispeptici con una dieta rigorosa (crema di riso e farine semi-diastasate) il peso è, dopo 3 mesi di permanenza del bambino nell'istituto, disceso a 6290 gr. Deficit bruto 2800 gr., def. ind. 300 gr. Ogni tentativo di arricchimento della dieta è seguito da una ripresa dei fenomeni dispeptici; il bambino deperisce sempre più. Si tenta allora di nuovo la somministrazione del L. O. F. Ac., alla dose di 500 gr. giornalieri prima, di 700 gr. nella seconda settimana. Questa volta l'alimento viene perfettamente tollerato; il peso, per la prima volta dopo molti mesi, aumenta; di 1000 gr. nel primo mese, di 800 gr. nel secondo mese. Nel terzo mese si manifestano lievi disturbi dispepti-

ci, presto guariti senza sospendere l'alimento; aumento di 400 gr. Nel mese successivo, aumento di 500 gr. Aumento complessivo, 2700 gr. in 4 mesi. Deficit bruto ridotto da 2800 a 1400 gr., lo scarso def. ind. è stato riacquistato e superato prestissimo: ora il bambino, a 17 mesi, pesa come un bambino di 12 mesi ed è lungo come uno di 8 mesi.

8) P. Maria Luisa. Allattata dalla madre per 2 mesi, poi allattamento mercenario a distanza. Entra all'età di 10 mesi, pesa gr. 6400. Stato di nutrizione scadente. Feci diarroiche, mucose. Spesso vomito. Tra alternative di miglioramenti e di peggioramenti delle condizioni gastro-intestinali, il peso scende, nel corso di 2 mesi, a 6200 gr. Def. bruto 300 gr., def. ind. 1400 gr. Si danno allora 500 gr. al giorno di L. O. F. Ac. Tolleranza perfetta, cessano i disturbi intestinali, non si ha più vomito. Aumento di 350 gr. al mese nei primi 3 mesi, di 600 gr. nel quarto mese, di 400 gr. nel quinto mese, in cui si manifestarono lievi disturbi dispeptici, rapidamente guariti. Ha riacquistato in 3 mesi il deficit individuale, il deficit bruto si è ridotto a 2 kg. Aumento complessivo, 2200 gr. in 6 mesi. A 18 mesi, la bambina pesa ed è lunga come una di 12 mesi.

9) C. Mario. Allattato dalla madre per 2 mesi, poi ad allattamento misto. Nato robusto, peso alla nascita 3800 gr. A 5 mesi pesa gr. 5100, a 7 mesi, 7250 gr. Ammala di adenite retromastoidea: suppurazione, incisione, medicazioni. A 9 mesi pesa 8 kg.; in seguito a disturbi dispeptici il peso diminuisce, nel mese successivo, a 7600 gr. Deficit bruto insignificante, 400 gr. deficit indiv. invece elevato, 1400 gr. Somministrazione di 400 gr. al giorno di L. O. F. Ac. Tolleranza perfetta. Aumento di 700 gr. nel primo mese, di 800 gr. nel secondo mese, di 700 gr. nel terzo mese. Ha riacquistato i suoi deficit. Aumento complessivo, 2400 gr. in 3 mesi e 1/2.

10) F. Gabriella. Pesa 7 kg. ad 8 mesi. Spesso diarrea. Non aumenta affatto nel corso di un mese. Un tentativo di somministrazione di L. O. F. Ac. (400 gr.) non fa aumentare il peso e determina dopo poco tempo sintomi di enterocolite, percui lo si sospende subito. Nel mese successivo il peso è sceso da 7400 a 7100 gr.; nuovo tentativo col L. O. F. Ac., subito sospeso per comparsa di diarrea. Dopo un altro mese, mantenendosi il peso stazionario, si danno di nuovo 400 gr. al giorno di L. O. F. Ac., che stavolta è ben tollerato. Deficit bruto 2100 gr., def. indiv., 400 gr. Aumento di 900 gr. nel primo mese, di 600 gr. nel secondo mese. Nel terzo mese il peso non aumenta affatto, si porta allora la quantità giornaliera di L. O. F. Ac. a 700 gr. Aumento di 900 gr. nel mese seguente, di 450 gr. in quello successivo. Un'infezione grippale, durante la quale la bambina rifiuta il L. O. F. Ac., fa diminuire il peso, in un mese, di 500 gr.; dopo la convalescenza, ripreso il L. O. F. Ac., aumento di 1500 gr. in 2 mesi. Deficit bruto ridotto da 2100 a 1100 gr.

11) Di G. Francesca. A 12 mesi pesa gr. 6100. Nutrizione scadente, muscoli flaccidi, rachitismo evidente, segni di spasmofilia. Ammala di pertosse, residua poi catarro bronchiale prolungato. Ripetutamente disturbi dispeptici. A 20 mesi pesa gr. 7400. In altri 2 mesi aumenta solo 200 gr. Si danno 400 gr. al giorno di L. O. F. Ac.: aumento di 15 gr. al giorno, ma dopo 12 giorni, infezione grippale. Ripresa dopo un mese la somministrazione del L. O. F. Ac., (peso della bambina 7600 gr.) alla dose di 600 gr. al giorno, il peso aumenta di 600 gr. nel primo mese, di 500 gr. al mese nei 3 mesi successivi. Deficit bruto ridotto da 3600 a 2600 gr.

12) Z. Enzo. Allattato dalla madre per 4 mesi, poi da una balia. A 7 mesi, pesa gr. 5740. Segni spiccati di rachitismo. Catarro bronchiale diffuso. Feci diarroiche, ricche di muco. Aumento di peso di 1000 gr. in 2 mesi, di 700 gr. nel mese seguente. Riacutizzazione dei disturbi intestinali, diarrea con feci fetide, con abbondante muco. Dieta idro-farinosa: diminuzione di peso di 500 gr. in 7 giorni. Deficit bruto 1400 gr., def. indiv. 800 gr. Si danno allora al bambino 600 gr. al giorno di L. O. F. Ac., che viene perfettamente tollerato. Non si manifestano più fenomeni dispeptici. Aumento di peso di 1000 gr. nel primo mese, di 800 gr. nel secondo mese. Ha ripreso il def. indiv., il def. bruto è ridotto a soli 500 gr.

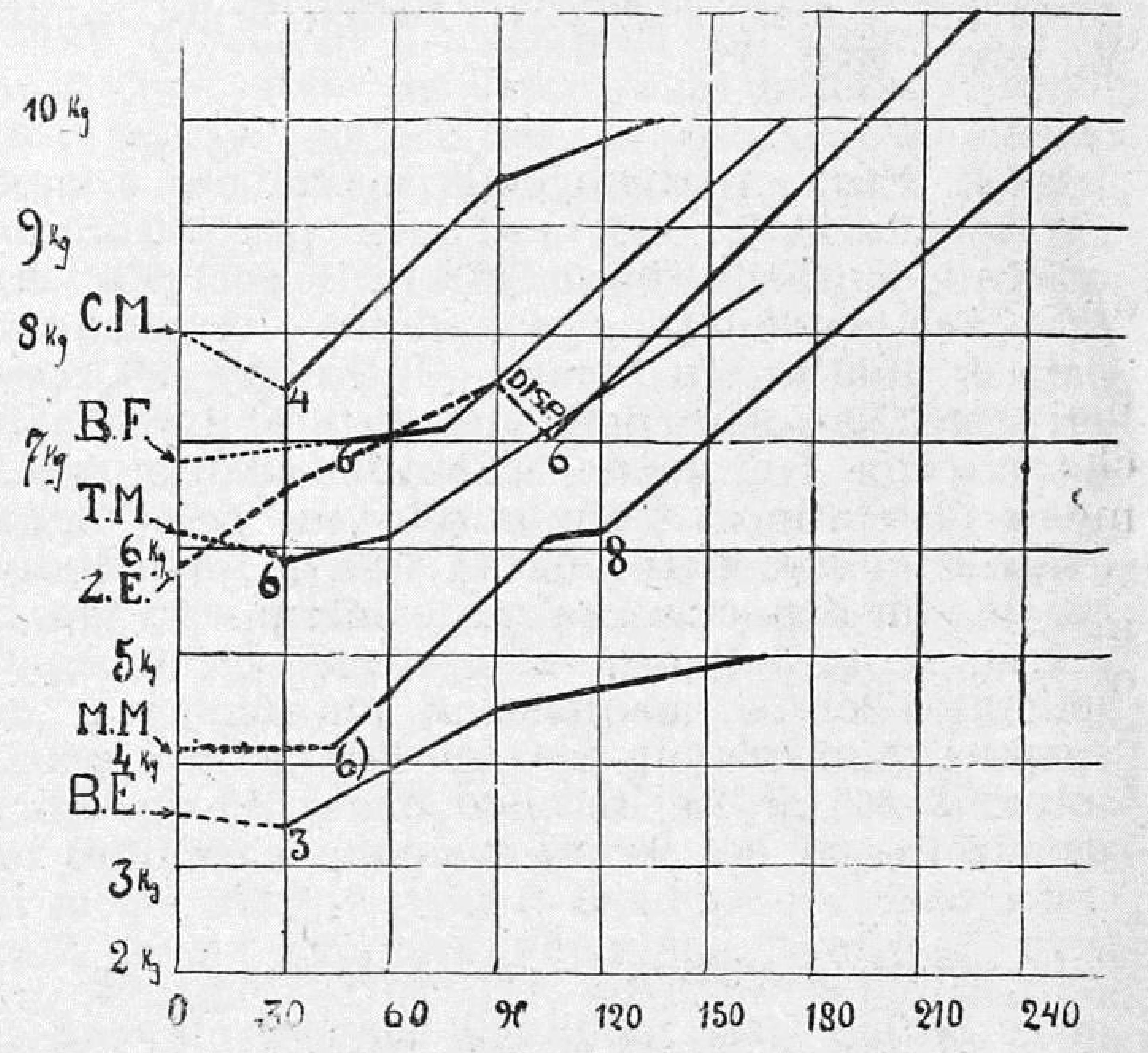
La somministrazione del L. O. F. Ac. ha in quasi tutti i casi modificato favorevolmente la curva dell'accrescimento. In molti casi il risultato è stato notevolissimo, così da cambiare completamente l'aspetto e lo stato di salute dei bambini (casi 1, 2, 6, 7, 8). In altri casi l'aumento di peso ottenuto con il L. O. F. Ac. è stato meno forte, sempre però considerevole se lo si confronta con il decorso precedente del peso e se si tien conto che i bambini cui si è somministrato l'alimento erano scelti tra quei pochi che non crescevano con una comune alimentazione. In un solo caso, i risultati sono stati molto mediocri (caso 5). In pochi altri casi oltre a quelli qui elencati (tre) la somministrazione dell'alimento è stata impossibile perchè il bambino lo rifiutava, o si è dovuta per tale ragione troppo spesso interrompere. Particolarmente notevoli sono i risultati ottenuti in casi di dispepsia prolungata o spesso recidivante, in cui la tolleranza è stata spesso perfetta. È bene attendere che con una dieta rigorosa i disturbi gastro-intestinali siano scomparsi, prima di iniziare la somministrazione del L. O. F. Ac.; fenomeni dispeptici che si manifestino nel corso della somministrazione non ne rendono invece di solito necessaria la sospensione, basta limitare il resto della dieta.

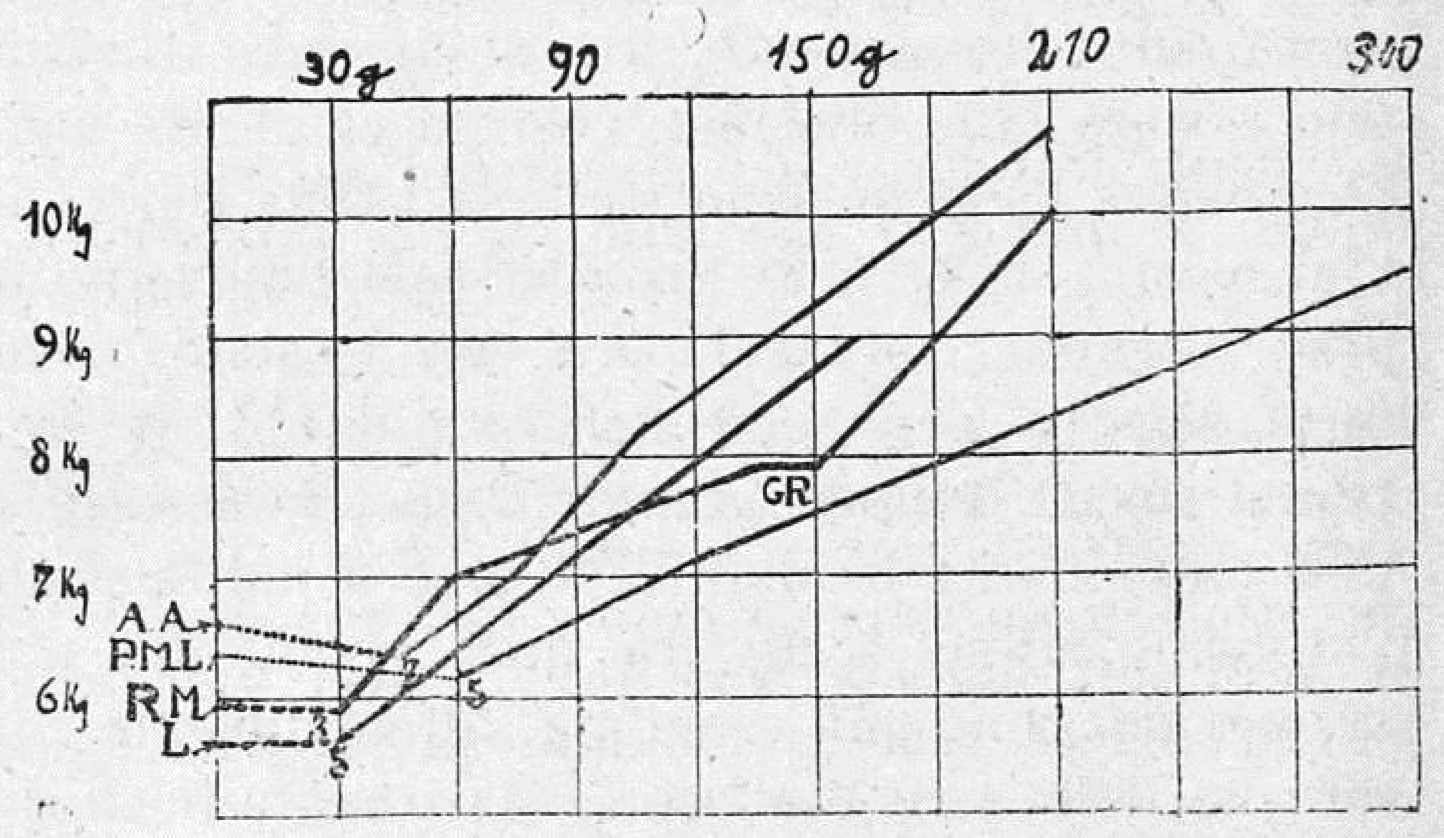
Il benefico effetto del L. O. F. Ac. va probabilmente attribuito al grande numero di calorie somministrate in scarso volume, ciò che dispensa dal dover notevolmente modificare il resto dell'alimentazione, e all'alto contenuto dell'alimento in proteidi, grassi e sali. L'acidificazione ne aumenta la digeribilità e rende l'alimento un cattivo terreno di sviluppo per i germi.

Le ricerche sono state eseguite nei mesi dal settembre al giugno.

P. S. Nei mesi estivi la tolleranza mi sembrò molto meno buona e l'alimento venne sospeso.

Curve di accrescimento di alcuni bambini prima e dopo la somministrazione di L. O. F. Ac.





...... Curva del peso prima della somministrazione del L. O. F. Ac.
—— Curva del peso dopo la somministrazione del L. O. F. Ac.
3 = somministrazione di 300 gr. di L. O. F. Ac. al giorno
4 = » » 400 » » » » » » »
5 = » » 500 » » » » » » »
6 = » » 600 » » » » » » »
7 = » » 700 » » » » » » »
8 = » » 800 » » » » » » »
Gr = grippe
Disp. = dispepsia

CONCLUSIONI.

1) Il latte oleo-farinoso acido è un alimento che di solito viene perfettamente tollerato anche dai bambini notevolmente denutriti; esso fornisce loro in piccolo volume una considerevole quantità di calorie e di sostanze (proteidi, sali) indispensabili ad un rapido accrescimento. Viene in generale preso facilmente e volentieri dai bambini, specialmente se addolcito con zucchero.

2) Somministrato in quantità giornaliera di 400-800 gr., esso modifica il decorso della curva del peso dei bambini nel senso di un'ascesa o di un'intensificazione dell'ascesa: il peso che con altri tipi di alimentazione non aumentava o aumentava troppo poco, aumenta di solito considerevolmente nell'alimentazione col L. O. F. Ac. Viene in breve pareggiato il deficit individuale del peso, in alcuni casi pareggiato, e quasi sempre notevolmente diminuito, il deficit bruto. Va di pari passo con l'aumento del peso, un evidente e notevole miglioramento delle condizioni generali dei bambini.

3) Lattanti e piccoli bambini sofferenti di disturbi dispeptici recidivanti o convalescenti da disturbi della nutrizione o da affezioni parenterali, sopportano spesso molto bene il L. O. F. Ac., che consente loro di riacquistare in breve il peso perduto durante la malattia o la dieta successiva. Talvolta ai primi tentativi di somministrazione il bambino reagisce con fenomeni dispeptici più intensi; sospendendo l'alimento e ritentandone la somministrazione dopo alcune settimane, riesce nella maggior parte dei casi a farlo tollerare senza disturbi e con notevole vantaggio. In caso di disturbi dispeptici in atto conviene farli sparire con la dieta adatta, prima di iniziare la somministrazione del L. O. F. Ac.

Roma, giugno 1928.

BIBLIOGRAFIA.

FRONTALI. Riv. di Clin. Ped. 6, 1922; n. 3, 1924.
DE GIRONCOLI. Pediatria, n. 11, 1925.
MARRIOTT. Journ. Am. Med. Ass., 1919, p. 1173.
MARRIOTT e DAVIDSON. Ibid., 81, 1923, p. 2007.
ID. ID. Amer. J. of Dis. of Childr., 1923, p. 542.
MÜLLER. Ztschr. f. Kinderh., 38, 1924.
GROSSER. Med. Klin., 1923, n. 15.
KLEINSCHMIDT. Ges. fürs. f. d. Kindesal., ter. II, n. 4-5, 1927.
MOGGI. Riv. di Clin. Ped., n. 3, 1928.

SUNTI E RASSEGNE.

L'anoressia nervosa.

(H. M. GREENWALD. *American medicine*, novembre 1929).

È abbastanza frequente il caso che i genitori consultino il medico per la mancanza di appetito dei loro figlioli, fenomeno che si osserva più spesso nell'età prescolastica. L'anoressia temporanea può essere soltanto un sintomo di malattia del tubo gastro-enterico o di un processo infettivo e scompare con lo scomparire della causa che l'ha prodotta. L'anoressia persistente può essere dovuta a diverse cause; il tipo più frequente è quello in cui predomina il fattore nervoso, senza lesioni organiche apparenti e a questo si dà appunto il nome di anoressia nervosa.

La mancanza di appetito può essere assoluta o soltanto relativa; quest'ultimo tipo è il più frequente e si manifesta con l'avversione verso determinati cibi, che spesso sono proprio i più necessari per la nutrizione e l'accrescimento, come i cereali ed i vegetali. Vi è poi un altro tipo, che l'A. chiama anoressia spuria, in cui i bambini non vogliono o non possono prendere nessuno dei cibi che vengono loro offerti. In questi casi, l'accurata anamnesi dimostra che tali bambini ingeriscono una quantità di cibi sufficienti per i loro bisogni ed anche più. Fisicamente, essi non mostrano nessuna anormaltà; il peso è normale od anche superiore. Essi rispondono bene al trattamento che consiste soltanto nel limitare la dieta alla quantità di cibo loro necessaria, istruendo convenientemente i genitori i quali sono tanto più soddisfatti dei loro figli quanto più mangiano.

L'anoressia relativa si manifesta in diversi modi. Alcuni bambini rifiutano i cibi se non sono preparati nel modo da loro desiderato, dati come a loro piace e, magari, da una persona piuttosto che da un'altra. Finkelstein cita il caso di un bambino che rifiutava ogni cibo offertogli col cucchiaio, mentre lo mangiava avidamente se datogli con la forchetta.

Nel raccogliere l'anamnesi, il medico viene spesso a scoprire che, anche nella prima infanzia, si avevano difficoltà di nutrire il bambino, che esso strillava a lungo ed era tanto inquieto che cresceva scarsamente di peso, che aveva dei segni di ipersensibilità; la caduta di un oggetto, il chiudersi improvviso di una porta lo spaventavano; anche più tardi, esso strillava quando un estraneo gli si avvicinava e si rifugiava nelle braccia materne. Tali bambini, quando vengono forzati a mangiare reagiscono col vomito, oppure continuano a masticare il cibo, passandolo da una parte all'altra della bocca ed, alla fine, sputandolo

Nessun segno patologico all'esame dello stomaco, per quanto riguarda il suo svuotamento. Il bambino presenta però, di solito, dei segni di instabilità vasomotoria: arrossisce facilmente ed il rossore è spesso seguito da un pallore che colpisce l'attenzione; la muscolatura è atonica, il bambino si stanca facilmente. I riflessi profondi sono esagerati e si ha spesso Chvostek positivo. Frequente è la costipazione, come pure una deficienza di peso (10-20 % in meno).

Per arrivare a delle conclusioni pratiche, è necessario un accurato esame allo scopo di determinare i fattori che hanno prodotto la perdita di appetito.

In moltissimi casi, l'A. ha riscontrato la mancanza di quel senso di benessere psichico, che è necessario per un accrescimento normale; il bambino nervoso ha bisogno di pazienza e di cure particolari, mentre l'ambiente mentale, formato essenzialmente dalla madre o dalla « nurse » non è sempre il più favorevole. Anzi, si può dire che la prima cosa da farsi in presenza di un bambino nervoso, è lo studio dei suoi famigliari.

Molti fattori disturbano il benessere psichico del bambino e fanno sorgere emozioni che disturbano la digestione normale e l'appetito. Sono fra questi: 1) La *coercizione*. Il bambino che, fino allora aveva mangiato bene, per una causa qualsiasi (naso-faringite, stanchezza fisica o mentale, ecc.) rifiuta il cibo ed i genitori lo sforzano; ne segue il vomito, che si ripete poi ad ogni tentativo di alimentazione con un dato cibo o con tutti. Queste conseguenze, che per il normale si hanno soltanto dopo molte ripetizioni dello stesso stimolo, per quello nervoso possono aversi anche dopo una sola volta. 2) Le *moine ed il distrarre l'attenzione del bambino*. Spesse volte, i genitori, per indurre il bambino a mangiare, lo distraggono, gli fanno delle moine, dei rumori, gli suonano il grammofono, ecc. e distraggono in tal modo l'attenzione del bambino dall'atto del mangiare. 3) L'*imitazione*. I genitori del bambino nervoso sono spesso essi pure neuropatici ed esso tende ad imitarli. 4) *Negativismo*. Spesso, il bambino nervoso fa proprio il contrario di quello che gli si dice e così rifiuta il cibo quando gli viene offerto con troppa insistenza. 5) *Prolungamento dell'alimentazione infantile*. Questo si fa troppo spesso nelle famiglie benestanti; invece di dare ai bambini l'alimentazione degli adulti, ciò che si può benissimo fare sui 4-5 anni, i genitori continuano a trattare il bambino come se avesse pochi mesi e questi prende avversione a tal cibo, mentre mangierebbe di gusto quello della famiglia. 6) *Sensibilizzazione a certi cibi*. È un fattore che può avere la sua importanza, nel senso che il bambino sente l'avversione per cibi, che gli fanno male. 7) *Eccessivi rimproveri sul modo di stare a tavola*. Le continue correzioni ed i continui rimproveri sul modo di stare a tavola, talvolta indispongono il bambino nervoso, in modo da fargli perdere ogni voglia

di mangiare; anche in questo argomento, *est modus in rebus*. 8) *Altri fattori*, fra cui merita particolare menzione il vizio assai comune di dare spesso ai bambini, fra i pasti, dei dolci, delle paste, nonchè quello di dire continuamente, in sua presenza, che egli non mangia; davanti a questa riputazione così fatta, il bambino finisce con l'avere un'anoressia persistente.

IL TRATTAMENTO.

Anche in questo campo, il miglior modo di procedere consiste nel prevenire, agendo specialmente sull'ambiente che circonda il bambino. Necessità, quindi, di studiare il modo di reagire del bambino agli stimoli esterni, in modo da scoprire la presenza di ipersensibilità, di eliminare le influenze nocive e così via, sforzandosi di entrare nella mentalità del bambino. La cura del bambino nervoso e così pure quella dell'anoressia nervosa non si impara sui libri, ma costituisce il risultato di una particolare adattabilità da parte dei genitori o di chi assiste il bambino; trattasi molte volte di inezie; la presenza di una persona antipatica al bambino lo rende inquieto durante i pasti; basta eliminarla per arrivare talora al risultato, se ciò è impossibile, può essere necessario internare il bambino in un istituto.

Come si è accennato, il bambino rifiuta spesso il cibo fin dalla prima infanzia. In tal caso, il metodo migliore è quello di esaminare anzitutto se ciò sia dovuto a malattia, esclusa la quale, si terrà il bambino ad una dieta ridotta, che non si aumenterà se non quando esso manifesti chiaramente la fame. Se, in tale età, il bambino viene sforzato a mangiare, si costituisce la cattiva abitudine, che persisterà più tardi.

L'iperalimentazione nell'infanzia va evitata e, con essa, la cattiva abitudine di confrontare il peso del proprio bambino con quello degli altri. Il medico deve convincere i genitori che è meglio ottenere moderati aumenti di peso e dare piccole quantità di cibo che non darne quantità eccessive per ottenere maggiori aumenti. Al bambino si deve dare la possibilità di sentire la fame.

Spesso, al periodo dello svezzamento, il bambino rifiuta il nuovo cibo per uno o più giorni; bisogna evitare di sforzare il bambino in tale periodo, da ciò la necessità della sostituzione graduale dei cibi.

I bambini a sistema nervoso sensibile devono ricevere una quantità di cibo totale (e particolare per ogni sorta di cibo) minore che non i normali, cioè la dieta deve essere tenuta al disotto del massimo. Così pure, vanno evitati improvvisi cambiamenti della dieta, tenendo presente che il senso del gusto è molto sviluppato nel bambino e che in quello nervoso, la scelta del cibo è più difficile. Quando questi, p. es., rifiuta i cibi salati, invece di forzarlo a prenderli, si aggiungerà una piccola quantità di sale ai cibi che gli piacciono, aumentandola poi gradatamente. Se sono rifiutati i vegetali, questi verranno sminuzzati ed aggiunti alla minestra in quantità piccola, che si verrà poi aumentando. Nei poppanti, si smetterà al più presto l'alimentazione col poppatoio, dando il cibo col cucchiaio o col bicchiere.

I genitori nervosi e difficili nella scelta dei cibi sono i più pericolosi per questi bambini, in quanto che l'influenza delle loro abitudini agisce non poco sui figli.

Il negativismo va combattuto fin dalla prima manifestazione. Malgrado le nuove idee sull'autonomia infantile, i bambini vanno educati ad obbedire fin dalla prima infanzia. Una volta stabilito il negativismo, l'opposizione diventa non solo inutile, ma anche dannosa ed il bambino va allora corretto, non soltanto per quanto riguarda i pasti, ma per tutta la sua condotta. È poi necessario insegnare ai bambini ad alimentarsi da sè.

Due fatti, osserva poi l'A., sono di incalcolabile danno in questo argomento. L'uno è l'eccessiva propaganda per il latte, l'altra, la diffusione di cartelli sul peso dei bambini, che richiamano l'attenzione sul bambino denutrito. Non è infrequente di sentire che vi sono dei bambini nutriti con solo latte. Ora, questo è un'alimentazione sufficiente fino a 6 mesi, ma in seguito non lo è più. La somministrazione di eccessiva quantità di latte sazia il bambino e gli fa perdere l'appetito per altri cibi; si dovrebbe soltanto raramente eccedere i 600 grammi.

Per quanto riguarda il timore della denutrizione, bisogna far presente alle madri che anche la deficienza di un paio di etti dal peso detto normale non deve senz'altro indurre a dare un'alimentazione supplementare, ma piuttosto a dare un piccolo pasto fra i tre principali. Nell'esperienza dell'A., questi bambini con un peso un po' inferiore al normale, purchè non abbiano affezioni organiche, non si trovano in condizioni peggiori da quelli di peso normale od eccedente; anzi, i primi vanno soggetti a minor numero di infezioni e si rianno più facilmente. Gli stessi due figli dell'A., si trovano costantemente di peso 10-15 % inferiore alle tavole-tipo; l'accurata osservazione, pertanto, dimostra che essi non soffrono nulla per questo; sono pienamente attivi e, eccetto il morbillo contratto alla prima ammissione alla scuola, non hanno avuta altra malattia.

Nel bambino nervoso, la deficienza di peso è frequente, ma non già per insufficiente nutrizione, bensì per gli stessi fattori nervosi, che vanno eliminati prima di procedere a qualsiasi provvedimento per la nutrizione.

Come modo pratico di procedere l'A. consiglia il seguente. Anzitutto, discutere le abi-

tudini dietetiche del bambino, beninteso non in sua presenza; in secondo luogo, far capire alla madre che il bambino non morirà di fame se anche salta un pasto, due ed anche tre. Al bambino, si darà una dieta bene equilibrata, normale, senza eliminare nessun cibo per il solo rifiuto del bambino ed evitando le frequenti sostituzioni, ma, d'altra parte, anche la monotonia.

Si daranno soltanto tre pasti al giorno, evitando nel modo più assoluto di dare dei cibi nell'intervallo. Il cibo si darà al bambino nel modo che maggiormente piacerà al bambino, guardandosi bene dal costringere questi a mangiare; gli si metterà dinnanzi il cibo, lo si lascierà per un ragionevole periodo di tempo, dopo di che lo si toglierà, senza nessun commento. Un utile suggerimento di Cameron è quello di togliere il piatto dal bambino prima che esso abbia finito di mangiare, dicendogli che è bene che non mangi troppo.

Per quanto riguarda le medicine, i tonici, i lassativi, gli aperitivi non hanno alcun effetto. Possono essere utili i bromuri per la loro azione calmante. Nel caso di anemia secondaria, potrà giovare il carbonato di ferro saccarato.

In complesso, il medico, oltre ad avere delle esatte cognizioni sulle modificazioni fisiologiche e patologiche del bambino, deve altresì conoscere la mentalità del bambino normale ed un poco anche i possibili disturbi psicopatologici. FILIPPINI.

Contributo alla esofago-plastica pretoracica secondo Roux-Herzen-Lexer.

(WIEDEMANN. *Arch. Klin. Chir.*, vol. 150, fasc. 4, pag. 563).

La paziente, una ragazza di 20 anni, consecutivamente a ingestione di alcali, presentava una stenosi dell'esofago così completa da rendere impossibile qualsiasi cura conservativa. Da un anno si nutriva solo da una fistola gastrica. L'A. decisosi ad eseguire una esofagoplastica, nel primo intervento sezionò un'ansa ileale e chiuse a fondo cieco i due monconi, mobilizzò, legando tre arcate, il moncone distale per 30 cm. e in questo punto fece una anastomosi latero-laterale con il moncone superiore. Il moncone inferiore mobilizzato, venne posto in un tunnel nel sottocutaneo fino all'altezza dell'apofisi ensiforme. In un secondo intervento fu eseguita la sezione tipica dell'esofago nel 1/3 inf. del collo, il moncone inferiore venne fissato all'angolo inferiore della ferita, il superiore venne fissato circolarmente alla pelle. Nel terzo intervento fu eseguita l'apertura e la fissazione alla pelle dell'estremo dell'ansa intestinale dislocata nel sottocutaneo. Nel quarto intervento fu eseguita la sezione del tratto intestinale mobilizzato sopra l'anastomosi, chiuso il moncone inferiore, quello superiore venne anastomizzato con lo stomaco; nel quinto intervento praticò la riunione del moncone esofageo con quello ileale a mezzo di un tubo di pelle, e avvenuta la guarigione della ferita, fu chiusa la fistola gastrica.

Il risultato funzionale è ottimo, la paziente ingerisce qualsiasi cibo che si vede passare attraverso il neoesofago.

Interessante dal punto di vista fisiologico è che anche il vomito avviene in maniera normale.

L'A. dà alcuni consigli di tecnica che crede possano rendere più facile un buon risultato dell'operazione. Così consiglia di abboccare addirittura alla pelle il moncone superiore del tratto intestinale mobilizzato. Come criterio di scelta dell'ansa da mobilizzare, non vale solo la lunghezza del meso, maggiore importanza ha la nutrizione, per cui si cerchi quale sia l'arcata arteriosa di maggior calibro e si proceda poi all'isolamento oralmente. Si potrebbe anche pensare se non sarebbe più conveniente di eseguire in una sola seduta tutti e due gli interventi addominali.

La sezione dell'esofago cervicale va fatta piuttosto in alto che in basso perchè si evita la retrazione del moncone inferiore nel mediastino, con conseguenze gravi. Non si deve cercare di riunire capo a capo il moncone esofageo con l'ansa mobilizzata ma è meglio di creare il tubo cutaneo con una incisione ovalare che comprende tanto lo sbocco esofageo che quello intestinale. Rovesciando i margini, si suturano questi sulla linea mediana. Si sutureranno poi sul tubo così creato, i margini dell'incisione: ciò deve avvenire senza trazione. VALDONI.

Acalasia pilorica e ulcere peptiche.

(E. MARTIN e V. G. BURDEN. *Ann. of Surgery*, sett. 1928).

Il termine di acalasia è stato introdotto da Hurst per indicare l'incompleto rilasciamento di uno sfintere sotto l'azione di uno stimolo che dovrebbe, di norma, farlo aprire completamente. Gli AA. considerano l'acalasia pilorica come una causa di dispepsia cronica, che dà luogo alla sintomatologia di ulcera senza ulcera, come un fattore importante nello sviluppo di un'ulcera peptica e nel mantenimento di essa. Fra le diverse teorie sull'innervazione pilorica accettano quella della doppia innervazione antagonistica simpatica e parasimpatica, secondo la quale, questa provoca il rilasciamento.

L'acalasia non è perciò uno spasmo, ma un disturbo di correlazione fra l'azione del simpatico e del parasimpatico. Non impedisce lo svuotamento dello stomaco, ma rappresenta solamente un certo ostacolo che la peristalsi gastrica riesce a forzare. Mentre invece impedisce il re-

flusso nello stomaco di succhi duodenali alcalini che normalmente neutralizzano in parte la acidità del succo gastrico, e fa sì che sia fortemente acido il chimo che viene lanciato con forza dallo stomaco nel duodeno.

Stimoli che agiscono sullo sfintere pilorico possono provenire da altri visceri endoaddominali, possono essere di natura psichica o essere rappresentati dalla nicotina o da uno stato di iperadrenalinemia.

Una sindrome clinica di ulcera senza ulcera è un reperto chirurgico non raro che sta a significare come non l'ulcera stessa, ma la causa che la produce è quella che dà luogo ai sintomi. Questa causa è, secondo gli AA., la acalasia pilorica, che agisce sopratutto per il mantenimento dell'iperacidità del succo gastrico.

Il cattivo funzionamento del piloro ostacola anche la tendenza che ha l'ulcera a cicatrizzare perchè ostacola il vuotamento dello stomaco. Questi rapporti fra guarigione di ulcere e svuotamento gastrico sono stati dimostrati abbastanza sicuramente da Boldyreff.

Consigliano perciò nei casi nei quali si interviene colla diagnosi di ulcera e l'ulcera non si trova, o quando l'ulcera c'è, ma è poco profonda e non produce stenosi di eseguire l'asportazione della metà ant. dello sfintere pilorico, come è stato preconizzato da Payr e da Shoemaker. Ne riferiscono dettagliatamente la tecnica.

M. ASCOLI.

Cura dell'ipercloridria e dell'ulcera dello stomaco con i raggi Röntgen.

(SOLOMON. *Paris Médical*, n. 5, 1928).

Fin dal 1912, nel Congresso dell'Associazione Francese per il progresso delle Scienze, Regaud, Nogier e Lacassagne fecero conoscere ai radiologi le modificazioni che si osservano nella mucosa gastro-intestinale con le irradiazioni estese dell'addome per mezzo di raggi molto filtrati e penetranti. Dopo le applicazioni molto forti di raggi Röntgen ma persistenti dei cani sui quali si è praticata l'esperienza, si è notata una importante atrofia delle ghiandole in parte anche distrutte dall'applicazione dei raggi X. Queste ricerche dimostrano come le dosi forti siano dannose e come le dosi moderate siano utilizzabili terapeuticamente sopra le ghiandole gastriche. Le ricerche di Bruegel, Kodon e Wachter hanno mostrato che, sotto l'azione di raggi X, si riscontra una diminuzione della secrezione gastrica. Nel 1923 il Miescher ha pubblicato un lavoro sperimentale per dimostrare l'influenza dei raggi X sulla secrezione dello stomaco utilizzando il metodo noto di Pawlow e cioè l'isolamento di una parte della regione del fondo dello stomaco del cane comprendendovi la muscolare e la sierosa con i rami del nervo vago. Si ottiene così un sacco che si sutura alla parete addominale e dal quale si può studiare il contenuto. Le secrezioni accumulate in questo sacco, come ha dimostrato Pawlow, corrispondono esattamente alle secrezioni di uno stomaco normale. Il cane, così preparato, fu irradiato da Miescher sulla regione gastrica, utilizzando delle piccole dosi (da 0,5 h a 5 h) e dosi più forti (fra 5 h e 12 h). Sotto l'influenza delle piccole dosi si notava una netta diminuzione, ma di breve durata dell'acidità totale espressa in milligrammi di HCl. Usando dosi più forti e ripetute ad intervalli di 5 giorni la diminuzione dell'acidità è molto più importante e molto più durevole e nel tempo stesso si ottiene una diminuzione della concentrazione della pepsina. Queste modificazioni si mantenevano per circa 1, 2 mesi e poi l'acido cloridrico tornava al suo valore iniziale. L'esame istologico non faceva rilevare alcuna alterazione delle ghiandole del fondo. L'A. in collaborazione con Brocq e Oury ha ripreso lo studio dell'argomento seguendo la seguente tecnica. Otto giorni dopo aver praticato una fistola gastrica somministrava un pasto di prova che estraeva dopo un'ora e tre quarti. Applicava una dose di 1000 R per seduta. La dose totale, in sedute distanziate, raggiunse i 7000 R. I risultati delle ricerche confermarono pienamente ciò che aveva asserito il Mischer. Le ricerche quindi illustrate dall'A. dimostrano che, con dosi terapeutiche, si possono ottenere modificazioni più o meno prolungate della secrezione gastrica e una diminuzione di acido cloridrico e di pepsina.

Il Bruegel, nel 1908, usò per il primo nella cura dell'ipercloridria i raggi X. Il Mender nel 1919 curò con successo molti casi di ulcera e di piloro spasmo con questo metodo. Il Lenk nel 1921 si servì di questa applicazione di raggi nei disturbi secondari alla gastro-enterostomia (cattivo funzionamento del neo-piloro, ulcere peptiche) su 19 malati, in 13 casi ottenne ottimo risultato. Lo Schultze e il Berger, nel 1922, hanno trattato con tale metodo 77 malati affetti da ulcera ottenendo 32 guarigioni, 26 miglioramenti e 19 insuccessi.

Le ulceri con piloro-spasmo e le ulceri con stenosi medio-gastrica appartengono alla chirurgia mentre appartengono alla Röntgenterapia le ulcere senza lesione stenosante e a decorso più o meno cronico e quelle nelle quali si è fatta una gastro-enterostomia senza gastrectomia. La tecnica seguita è quella generalmente impiegata nella terapia profonda e cioè tensione molto elevata, filtrazione forte, distanza focale di 60 cm. nella dose totale del 40 % di quella dell'eritema. In Francia i lavori sulla Röntgenterapia delle affezioni gastriche sono pochi, il primo lavoro sintetico è dovuto a Piot (1922) che ricorda 7 casi in 5 dei quali si ottennero buoni risultati.

Concludendo l'A. afferma: che sotto l'influenza di una sola dose di 500 R., in un terzo dei casi, si rileva una diminuzione netta dell'acidità, il

più spesso un'ora dopo l'irradiazione. Questa azione inibitrice è di breve durata. Il giorno dopo l'acidità ritorna al suo tasso normale. In due terzi dei casi l'acidità non è punto modificata e questa unica dose non modifica punto il contenuto di pepsina nel succo gastrico. Sotto l'azione di numerose dosi di 500 R. applicata con distanza da 3 a 8 giorni si notano modificazioni molto nette e durature. E questa diminuzione persiste per molto tempo. La diminuzione del contenuto in pepsina è più lento, ma è più regolare. I fenomeni dolorosi gastrici vengono modificati in modo variabile. Nel 33 % dei casi si nota un miglioramento dello stato generale e scomparsa dei dolori. E questo miglioramento in genere dura per molti mesi. La scomparsa dei dolori non è contemporanea alla scomparsa dell'acidità gastrica. Nelle ulcere gastriche o duodenali o peptiche l'A. ha notato miglioramenti funzionali importanti. Spesso l'ematemesi e la melena scomparivano. Nelle emorragie occulte è stato osservato dopo una o due serie di applicazioni la scomparsa del sangue nelle feci.

Dopo numerose esperienze l'A. afferma che è molto utile seguire la tecnica seguente: si irradia sul campo addominale anteriore in corrispondenza dell'aia gastrica per una dimensione 12 × 12 e 16 × 16 con una distanza focale da 30 a 40 cm. La tensione è compresa fra 100 e 120 kilovolts con filtrazione su mm. 0,5 di rame e un millimetro di alluminio. La dose per seduta è di 500 R. e praticando da 1 a 2 sedute per settimana arriva a 5000 R. Se la prima serie è stata insufficiente dopo 8 settimane pratica la seconda serie.

Riassumendo la Röntgenterapia trova la sua applicazione in tutti gli stadi dolorosi gastrici dovuti all'ipercloridria quando la dietetica è risultata insufficiente. La Röntgenterapia sola o unita col trattamento medicamentoso e dietetico è capace di guarire un gran numero di malati. Grande importanza essa assume nel trattamento di ulcera gastrica o duodenale, come pure ha dato risultati molto buoni frequentemente nei disturbi secondari alla G. E. (dolori, ulcera peptica, cattivo funzionamento dell'anastomosi).

T. LAURENTI.

Esiste una indicazione alla cura chirurgica nella gastrite?

(KONIETZNY. *Arch. Klin. Chir.*, vol. 151, pag. 370, 1928).

Bisogna distinguere nettamente tra gastrite acuta e cronica. La prima forma deve essere trattata con cure mediche tranne che in casi speciali. In genere, e ciò è favorevole per il chirurgo, è stato osservato che tutte e due le forme sono localizzate quasi esclusivamente nell'antro, cioè nella parte dello stomaco che è più facilmente aggredibile.

I casi di gastrite acuta in cui si interviene chirurgicamente appartengono a due categorie: nella prima viene fatta diagnosi di ulcera perforata e per i sintomi meno imponenti del quadro classico, si pensa in genere ad una perforazione coperta. Alla laparatomia non si rinviene la perforazione, la parte gastrica è leggermente edematosa, i gangli sono ingorgati, spesso vi è una intensa iperemia della sierosa (stomaco rosso).

Se si fa la resezione si trova la mucosa gastrica coperta di esulcerazioni; l'A. in un caso ne ha contate 80. Anche in questi casi si potrebbe non intervenire ma la difficoltà della decisione sta nella diagnosi. Alcuni AA. che considerano la gastrite acuta una fase pre-ulcerosa consigliano di resecare sistematicamente anche in questi casi.

Una seconda forma in cui l'intervento è necessario, è la gastrite acuta che si accompagni a emorragia imponente che spesso porta a morte il paziente. In tali casi è difficile la diagnosi — se si pensa all'esistenza di un'ulcera, in genere non si interviene e se si esclude l'ulcera resta difficile la diagnosi differenziale anche operativa con una rottura di una varice esofagea.

Secondo K. bisogna aggredire sempre la gastrite cronica. Di questa malattia esistono diverse forme; la poliposa, la atrofico-iperplastica, la atrofica semplice, l'iperplastica. Una forma molto importante è quella che si associa a una pilorostenosi. Questa può essere determinata da un ispessimento della mucosa o della muscolare che può essere ipertrofica o sembrare tale per una infiltrazione cronica che dissocia i fascetti muscolari o può essere funzionale per un piloro-spasmo che si produce per via riflessa dalla mucosa infiammata. Possono aversi delle stenosi apparenti e cioè per la lesione della tunica mucosa si ha ana o ipoacidità, i cibi carnei allora vengono elaborati insufficentemente e viene a mancare così lo stimolo fisiologico all'apertura del piloro nonostante una accresciuta attività motoria dello stomaco.

Tutte le forme di gastrite cronica, per essere localizzate all'antro e per rappresentare una lesione precancerosa o essere sede addirittura di un cancro all'atto dell'intervento, rappresentano un'indicazione precisa alla resezione gastro-duodenale. La gastro-enterostomia è sempre controindicata.

VALDONI.

Occlusione intestinale acuta da ematoma sottosieroso ostruente del digiuno a patogenesi oscura.

(E. SANTORO. *Arch. Ital. di Chir.*, vol. XXII, fasc. 6).

Bambino di 7 anni con anamnesi ereditaria negativa; durante l'allattamento morbillo e a 5 anni scarlattina; guarito di questa cominciò a soffrire di dolori all'epigastrio che insorgevano nelle ore più disparate, talvolta durante

i pasti, qualche volta prima o dopo di questi: le funzioni digestive però continuarono a compiersi regolarmente. Improvvisamente di notte fu colto da sintomi d'occlusione intestinale acuta; trasportato all'ospedale, dopo 7 giorni dall'inizio dei disturbi all'intervento si riscontrò stomaco dilatato, la prima porzione del digiuno per un'estensione di circa 10 cm. della forma di barilotto di colorito nero bluastro, pieno e teso, ricoperto da sierosa liscia, lucida. Non fatti infiammatori o lesioni d'altra natura. Durante le manovre la tumefazione si ruppe dando esito a sangue nero liquido con qualche coagulo. Deterso l'intestino il peritoneo viscerale apparve scollato dalla sottostante muscolare, rimasta scoperta per tutto il tratto intestinale sede della tumefazione; non vasi sanguinanti nè note infiammatorie nè lesioni della superfice intestinale scoperta da sierosa; una raccolta di sangue si era costituita tra sierosa e tunica muscolare e comprimeva l'intestino schiacciandolo verso il m. mesenteriale ed ostruendo il lume per un tratto di circa 10 cm. Ricoperto l'intestino col peritoneo e con un tratto d'epiploon il bambino guarì perfettamente. L'A. dopo aver fatto delle considerazioni sulla sintomatologia e sull'impossibilità di poter arrivare, nel caso in esame, ad una diagnosi esatta sulla natura dell'occlusione si ferma a parlare della patogenesi; ritiene che data l'insorgenza rapida del dolore e della formazione dell'ematoma debba essersi trattato di un'emorragia arteriosa. Esistono casi nella letteratura d'occl. intest. acuta da ematomi parietali ostruenti ma in seguito ad un traumatismo che nel caso attuale è da escludersi; così anche è da escludersi una rottura vasale consecutiva ad ulcerazione preesistente tubercolare, sifilitica o neoplastica ed anche di ulcera semplice. L'A. conclude formulando l'ipotesi che possa essersi trattato di un'endoarterite di un'arteriola sotto-sierosa consecutiva probabilmente alla scarlattina cui sia seguita una dilatazione aneurismatica e consecutiva rottura della parete vasale.

SINIBALDI.

Su qualche indicazione dell'appendicostomia.

(G. COTTE e P. BERTRAND. *Lyon Chirurgical*, n. 3, tom. XXV, 1928).

Dall'epoca nella quale Weir (1902) praticò la prima appendicostomia ad oggi le indicazioni di questo intervento si sono di molto allargate, gli AA. hanno avuto appunto occasione di praticare questo intervento in un buon numero di casi e per diverse affezioni e riportano in questo articolo la somma della loro pratica in materia.

Poco credono dover dire sulla tecnica magistralmente trattata già dal 1912 da Arnaud, ma insistono nel concetto di non eseguire delle vere e proprie appendicostomie, bensì di fistolizzare il ceco alla parete per mezzo del moncone appendicolare che non deve essere più lungo di un centimetro per evitare gli eventuali inconvenienti dovuti alla persistenza di una appendice più o meno lunga.

Agendo in questo modo nella maggior parte dei casi hanno ottenuto la chiusura spontanea della fistola dopo l'asportazione della sonda uretrale che viene abitualmente lasciata nella fistola.

Circa le indicazioni, queste sono assai varie e si possono classificare: 1) nelle affezioni chirurgiche del grosso intestino, traumatismi, tifliti, dissenteria acuta o cronica, tumori infiammatori o cancri con o senza occlusione, e volvolo della S iliaca; 2) per ovviare all'ileo paralitico che accompagna le peritoniti acute o per prevenire tutte le noie da parte dell'intestino che si possono temere nei casi ove vi sono infezioni peritoneali in evoluzione; 3) infine per poter procedere ad una instillazione continua di siero artificiale dopo gravi operazioni addominali.

Ciascuna delle indicazioni su accennate è illustrata da uno o più casi occorsi agli AA. che nel complesso ebbero ad operarne 28; da queste osservazioni essi hanno modo di concludere che in ogni evenienza, sia nell'ottenere il riposo assoluto del grosso intestino, sia nel combattere l'ileo paralitico, sia nel prevenire la evenienza di fatti di peritonite, sia infine soltanto per idratare facilmente gli ammalati gravi, l'appendicostomia ha sempre reso quegli ottimi servigi che essi si ripromettevano.

FILIPPA.

Sull'azione delle iniezioni di nicotina nel ganglio celiaco per la paralisi intestinale.

(P. ROSENSTEIN e H. KÖHLER. *D. Zeit. f. Chir.*, 1928).

Gli AA. riportano i risultati di ricerche personali sugli animali e dell'esperienza clinica su 26 ammalati, usando nicotina purissima iniettata nel ganglio celiaco. Nella paralisi intestinale consecutiva a peritonite o a shock, ha una notevole importanza l'inibizione per via riflessa sui nervi parasimpatici i quali hanno uno dei loro centri appunto nei gangli celiaci. Essi esperimentarono negli animali, a cui avevano prodotto una paralisi intestinale con peritoniti o con raffreddamento prolungato delle anse, varie sostanze atte ad eccitare i movimenti intestinali: ipofisina, peristaltina, novocaina, colina, fisostigmina, pilocarpina, ormonal. Alcune come la fisostigmina e la pilocarpina rimasero senza effetto, le altre spiegarono un'azione più o meno notevole, ma sempre molto meno efficace della nicotina. D'altra parte altre sostanze ad azione eccitatrice del parasimpatico più forte, come la muscarina, il curaro, la coniina, la cistisina non possono essere usate per ovvie ragioni di tossicità. Invece la nicotina purissima è priva di inconvenienti e nell'uomo può venir usata nella dose di 5-8 mgr. in 50 cmc. d'acqua. Per iniettarla nel ganglio

celiaco dell'uomo si può usare la tecnica di Kappis.

Gli AA. l'hanno adoperata in 26 malati, tutti in preda a paralisi intestinale per peritonite generalizzata consecutiva a appendicite perforata, colecistite ulcerosa suppurata, sepsi puerperale ecc. Dopo gli interventi del caso era comparsa una paralisi intestinale con meteorismo, grave angoscia, vomito e tutti gli altri sintomi della paralisi intestinale.

Gli AA. avrebbero notato con l'impiego della nicotina un grande miglioramento nei malati e lo ritengono un notevole coefficente di guarigione per molti di essi. VITTORIO GHIRON.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

L. PEZZOTTI. *Commenti clinici all'esplorazione radiologica del tubo digerente*, con prefazione del prof. A. BUSI, pagg. 395. Cappelli, Bologna, 1929. L. 40.

La presentazione del Busi al libro del Pezzotti è la migliore presentazione per il libro nel quale si ritrova quella comunione di spirito fra clinico e radiologo, fonte prima di successo diagnostico. Il Pezzotti pensa che anche i radiologi troveranno interessanti alcune questioni su cui in genere non si richiama troppo l'attenzione; ma io penso che *tutto* il libro sarà interessante per il radiologo quando per radiologo s'intenda colui che, con solide basi di medico, si accinge all'esercizio della specialità. E coloro che hanno cominciato e continuano ad esercitare la specialità come puri « tecnici » avranno ben da meditare sul libro del Pezzotti che li aiuterà ad interpretare con occhio di medico tutte le difficoltà che il radiologo incontra giornalmente nell'esame dell'apparato digerente. Il libro non può essere suntato ma va letto: i titoli dei singoli capitoli sono sufficienti a far comprendere tutta l'importanza pratica del libro (diagnosi radiologiche e diagnosi cliniche; fisiopatologia dei fenomeni dolorosi; fisiopatologia dei fenomeni motori; appendiciti croniche; sindromi colecistitiche; splacnoptosi; periviscertiti e sindromi aderenziali; mesenteriti croniche; diagnosi precoce dei tumori maligni; neurosi).

E. MILANI.

C. BONORINO UDAONDO. *Les colites ulcéreuses chroniques*. Vol. in-16°, pag. 218. Doin edit., Paris, 1929. Fr. 25.

Il problema delle coliti croniche costituisce, anche per i gastroenterologi più eminenti, uno dei più ardui della patologia intestinale. Con esposizione felice e chiara il prof. Bonorino Udaondo, illustre cultore delle malattie dello stomaco e dell'intestino, avvalorata da una ampia ed interessante casistica personale, tratta egregiamente l'intricata questione; ne prospetta tutte le difficoltà pur sapendo additare le vie di una coscienziosa ed accurata indagine non solo per risolvere caso per caso il problema diagnostico e terapeutico, ma per potersi rendere conto, in una più precisa individualizzazione clinica del malàto in esame, dei fattori determinanti e concorrenti alla produzione del processo morboso nell'individuo in studio. Ciò per i pratici. Ma anche i cultori specializzati di gastroenterologia potranno trovare nel volume del prof. Bonorino, oltre ad utili consigli e l'espressione dei personali giudizi dell'autore nei singoli argomenti trattati, nuovi argomenti di studio e di ricerca.

La pubblicazione si completa con 235 citazioni bibliografiche e con figure di pezzi anatomici, di sezioni istologiche e di radiogrammi.

D. M.

W. ZWEIG. *Darmkrankheiten*. (*Bücher der ärtzlichen Praxis*). Un vol., in-8°, di 157 pag. J. Springer ed. Wien, 1929. Prezzo Mk. 4,60.

Osserva giustamente l'A. che la diagnosi delle malattie intestinali appartiene ad uno dei capitoli più difficili della medicina pratica. Vi si può arrivare, talvolta, soltanto con i più raffinati metodi di ricerca, che non sono certamente a disposizione del medico pratico, tanto più lontano dai grandi centri. Ed è dal punto di vista di quest'ultimo che si mette l'A., tenendo cioè presenti le reali condizioni dell'esercizio medico da parte dei più e riuscendo a compilare un breve manuale di reale utilità.

Dopo brevi cenni di anatomia e fisiologia ed un capitolo sui metodi di ricerca, l'A. tratta la patologia speciale di tutto l'intestino, dal duodeno al retto. A parte sono considerati i disturbi funzionali di motilità (aumento, diminuzione) e di secrezione (colica mucosa, diarree nervose, enteralgie).

Con tre capitoli sulla dieta, la terapia medicamentosa e quella fisica nelle malattie intestinali, si chiude l'utile manuale. *fil.*

G. FAROY. *Thérapeutique digestive. Les principales médicaments.* Un vol. in-8°, di 130 pag. O. Doin ed. Paris, 1928. Prezzo frs. 15.

Il libro di Faroy, che ci viene presentato da una bella prefazione di Loeper, non è un trattato sistematico di terapia dell'apparato digerente. Essc prende in considerazione i principali medicamenti usati a tale scopo, ne esamina il modo di agire, le indicazioni, le controindicazioni: la belladonna, il vecchio bicarbonato di sodio, volta a volta apprezzato e deprezzato, i sali di calcio, di bismuto, di magnesio, l'ipeca, l'opoterapia, i fermenti lattici, gli olii, ecc.

Pochi accenni teorici, ma soprattutto consigli pratici, con parecchie formule di cui l'utilità è consacrata dall'uso, quali si convengono al medico, nel quotidiano esercizio della sua professione. *fil.*

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

La sensibilità dell'esofago.

La questione non fu mai studiata a fondo, è quindi assai interessante conoscere le conclusioni a cui viene Guns P. (*Arch. des malad. de l'app. digest. et de la nutrition*, aprile 1928), in un articolo assai elaborato.

Secondo l'A.:

1) esistono due centri dolorosi nell'esofago, l'uno sottosternale, l'altro epigastrico. Questi centri non sorpassano in dimensioni la grandezza di una piccola palma di mano (!).

Il dolore prodotto dalla distensione non è un dolore di tipo cutaneo;

2) il dolore da distensione non sparisce dopo anestesia novocainica della regione epigastrica;

3) l'esofago non dà mai dolore al dorso; quando questa eventualità esiste si può affermare senza tema di errore che la lesione ha sorpassato i limiti anatomici dell'organo;

4) la prima porzione del tubo digerente ha una sensibilità tattile, termica e dolorosa che non sono identiche in tutta la estensione dell'organo, ma di cui la sede più sensibile è data dall'ingresso dell'esofago, e dalla filiera freno-cardiaca.

L. TONELLI.

La stratificazione degli ingesti nello stomaco.

Non è ancora ben chiaro il modo come si dispongano nello stomaco le sostanze ingerite; l'opinione generale è che si dispongano a strati.

G. Cevelotto (*Gazz. Osped. e Clin.*, n. 1, 1928) ha portato un contributo a tale conoscenza, servendosi di due indicatori: il salolo e lo jodantrace.

La prova è basata sulla conoscenza che il salolo si scinde solo nell'intestino in fenolo e acido salicilico, e compare nelle urine 3/4-1 ora dopo i pasti, ove può essere svelato con la prova al percloruro di ferro; lo jodantrace di Sabbatani (jodo assorbito da carbone animale) libera solo nell'intestino lo jodo, il quale compare nelle urine 2 1/2-3 ore sec. Sabbatani, 1-2 ore sec. Dazzi dall'ingestione.

L'A. ha somministrato le due sostanze insieme ad un pasto, con scarso liquido, consistente in carne cotta gr. 150, verdura gr. 50, formaggio gr. 50, pane gr. 200. Il salolo, in proporzione di un gr. veniva dato dopo le prime cucchiaiate del pasto, lo jodantrace alla fine.

Dal complesso delle ricerche emerge che il salolo compare nell'urina in media un'ora prima dello jodantrace, e quindi i cibi non si rimescolano nello stomaco, e lo abbandonano nell'ordine con cui sono ingeriti.

Questo metodo d'indagine ha valore per poter riconoscere alcune affezioni dello stomaco; così nelle stenosi piloriche è maggiore del normale, nelle insufficienze piloriche abbreviata e precoce, nelle gastrectasie e ptosi atoniche abbreviata e tardiva.

CARUSI.

CASISTICA.

Contributo alla casistica dei tumori non carcinomatosi dello stomaco.

W. Schosserer (*Wiener klin. Wochenschr.*, n. 33, 1928) ne descrive due casi: nel primo un mioma endogastrico in cui all'esame del succo gastrico mancava l'acido cloridrico libero e l'esame radiologico faceva sospettare un carcinoma; nel secondo caso un linfosarcoma; assenza di acido cloridrico libero, presenza di sangue nelle feci, esame radiologico non decisivo facendo esso sospettare un tumore extragastrico. Morte del paziente per ematemesi dopo una laparatomia che dimostrò lo stomaco trasformato in una massa tumorale rigida e aderente alla sua faccia posteriore.

POLL.

Le membrane peritiflocoliche: sintomatologia e diagnosi.

La sintomatologia della sindrome di Jackson non ha nulla di preciso: una stitichezza abituale, il gorgoglio, l'apprezzamento d'un corpo a forma di cordone nella fossa iliaca destra o meglio nel quadrante infer. destro dell'addome, sono segni comuni ad altre alterazioni, e raramente fanno sospettare la presenza di membrane peritiflocoliche.

E. Leo (*Rif. Med.*, n. 46, nov. 1928) riporta un caso, in cui v'era un vomito ripetuto, dopo i pasti, e una stitichezza abituale. All'operazione fu trovata una membrana peritiflocolica 2° tipo.

Fermandosi a considerare la sintomatologia presentata dalla p., l'A. richiama l'attenzione sulla difficoltà che può presentare la diagnosi in taluni casi.

Le membrane peritiflocoliche non sono sempre patologiche; lo diventano allorchè modificano il loro stato anatomico, sia in rapporto alla sede, sia in rapporto al calibro, provocando flessioni del colon o restringimenti del calibro intestinale.

Queste alterazioni si possono presentare con la seguente sintomatologia:

a) dolore; è localizzato alla metà destra dell'addome, e spesso alla fossa iliaca o all'ipocondrio di destra; sorge all'improvviso, ma non è continuo; alternato a periodi di benessere;

b) senso di peso o di stiramento del quadrante inf. destro dell'addome, per la stasi fecale;

c) disturbi gastrici; inappetenza, eruttazioni, nausee, acidità, bruciori ecc. Tali disturbi possono traviare la diagnosi, e quando si associano al vomito ripetuto e costante, possono far sospettare un'altra forma morbosa;

d) sensibilità, talora a tipo d'iperestesia, al quadrante inf. destro dell'addome;

e) distensione del colon ascendente e del cieco, dovuta al ristagno ed alla successiva fermentazione delle sostanze contenute nell'intestino. Queste condizioni generano il gorgoglio che si avverte alla palpazione;

f) costipazione intestinale, o diarrea.

Altri sintomi secondari sono: la diminuzione del peso del corpo, la neurastenia, le alterazioni del polso e temperatura.

La sindrome di Jackson può essere comunemente confusa con l'appendicite cronica, l'annessite destra cronica, le coliche del cieco mobile, la colite cronica, la litiasi biliare, la litiasi renale. L'esplorazione radiologica è insufficiente a chiarire la diagnosi, la quale può essere soltanto sospettata dopo accurato esame clinico. CARUSI.

Contributo allo studio radiologico dei diverticoli del duodeno.

A. Ratti (*Radiol. Med.*, nov. 1928) riferisce su un caso di diverticolo della prima porzione del duodeno in un uomo di 40 anni, inviato all'esame radiologico con il sospetto di ulcera duodenale. I disturbi datavano da sette mesi. I caratteri del diverticolo per la sua forma, posizione, mobilità, per l'essere peduncolato ecc. hanno fatto pensare ad un diverticolo congenito. Dopo la descrizione del caso l'A. fa delle considerazioni sulla presenza di diverticoli nella prima porzione del duodeno specialmente per quanto riguarda la loro associazione con le ulcere duodenali e justa-piloriche.

L. SFORZA.

Sulla tubercolosi del sacco erniario.

Cioffari (*Annali It. di Ch.*, anno VII, fasc. 11) premette un contributo di 3 casi clinici di ernia inguinale con tubercolosi del sacco erniario, su 220 ernie operate nel periodo 1924-27. Illustra molto estesamente la letteratura e ne mette in rilievo le varie teorie dei diversi AA., se la tubercolosi costituisce una localizzazione primitiva della infezione (Jonnesco) o secondaria (Bruns). Descrive tre forme anatomiche, secondo la localizzazione della lesione:

1) la tubercolosi isolata del viscere erniato;

2) la tubercolosi circoscritta al sacco;

3) la tubercolosi del sacco e dei visceri.

La più frequente è la tubercolosi limitata al sacco. Nel contributo apportato dall'A., nei primi due casi era del sacco in toto, nel terzo era del solo fondo del sacco.

Per la sintomatologia, pur esistendo un quadro abbastanza chiaro — dolore, aumento rapido della tumefazione ecc. — non esiste un quadro particolare che ne renda sicura la diagnosi. La prognosi va considerata rispetto alla cura di essa e rispetto alla lesione abbandonata a sè stessa. Il trattamento è il chirurgico sopratutto. Per evitare la tubercolizzazione della ferita è stato proposto da vari autori (Bassini ed altri) l'introflessione della superficie di sezione del sacco e la chiusura con punti alla Lembert.

A. CIOFFI.

Ricerche cliniche sull'anchilostomiasi intestinale.

L'anchilostomiasi duodenale è frequente tra i contadini, i quali si infettano direttamente con l'acqua dei pozzi, sia bevendone, sia usandone per irrigazione.

R. Broc e J. de Beaujeu (*Rev. Tunisienne de Scienc. Méd.*, n. 9, nov. 1928) riportano alcuni segni clinici, i quali formano una triade sintomatologica, capace di poter porre la diagnosi di anchilostomiasi, senza ulteriori ricerche di laboratorio.

Ricordano i sintomi costanti che presentano tali infermi, e che sarebbero patognomonici: tinta speciale della pelle; assenza o scarsa splenomegalia; soffio sistolico permanente alla punta, quale segno d'insufficienza mitralica funzionale.

La cute, per l'intensa anemia, ha una tinta pallido-cerea; le mucose sono esangui; i tessuti si presentano succulenti.

A quest'anemia non fa riscontro alcuna lesione degli organi ipocondriaci, i quali restano nei limiti normali.

Le alterazioni cardio-vascolari controllate radioscopicamente si sono presentate con ingrandimento del ventricolo D. e S. del cuore, indice d'insufficienza mitralica funzionale.

Gli AA. non hanno avuto occasione di fare autopsie per controllare la diagnosi clinica; ma riferendosi ad un caso di Sabrazès, in cui non fu trovato alcuna endocardite, ma solo dilatazione dell'ostio mitralico, pensano che tale insufficienza sia di origine funzionale, insorta in seguito ad una miocardite tossica, per le tossine dell'anchilostomiasi.

Il reperto radiologico darebbe ragione alla diagnosi clinica. CARUSI.

TERAPIA.

La terapia dell'ulcera gastro-duodenale in periodo doloroso.

L. Meunier (*Presse médicale*, 5 genn. 1929) consiglia, nel periodo delle grandi crisi, il riposo in letto per 15-20 giorni, con applicazione di caldo (borsa d'acqua calda o compresse calde) sulla regione gastrica; alimentazione lattea od a base di minestrine, ogni 3 ore. Questo trattamento è assai utile, anche per la diagnosi, poichè se si tratta di vera ulcera, i dolori scompaiono; se questi invece persistono, si dovrà ricercare la lesione nel quadrivio cistico-duodeno-pilorico.

Einhorn consiglia, come è noto, la sonda duodenale a permanenza somministrando, ogni due ore, 200 grammi di latte zuccherato con un rosso d'uovo; si possono dare anche zuppe maltosate, riso ed alimenti simili, purchè resi liquidi e stacciati. Nell'intervallo, si daranno 300-500 cmc. di siero artificiale, in una o più volte. Si farà lavare spesso la bocca per eccitare le fermentazioni e si faranno dei clisteri se necessari.

Tale metodo però, da noi non fu affatto accetto e l'ammalato non tollera la sonda permanente. L'A., quindi, consiglia di ricorrere ai medicamenti, fra i quali riesce particolarmente utile il caolino. È inutile dare delle forti dosi, perchè rapidamente la miscela è evacuata. Meglio, invece, dare piccole dosi ripetute spesso: 20 grammi di caolino (o di carbonato di bismuto) sospesi in 100 grammi di acqua, da prendersi in 5-6 volte, a cucchiai, nella giornata. Siccome spesso gli ulcerosi sono degli ipersecretori, è opportuno aggiungere al caolino (od al carbonato di bismuto) 2 grammi di carbonato di calcio.

fil.

Risultati della cura chirurgica nell'ulcera gastrica e duodenale.

Nella Clinica di Rostock negli ultimi 23 anni vennero trattati operativamente circa 500 pazienti di ulcera gastrica e duodenale. I risultati vicini e lontani sono differenti a seconda dell'intervento e vanno considerati separatamente.

Vennero eseguite 273 gastroenterostomie, di cui 208 anteriori. La mortalità operatoria globale è del 17,5 %, di cui circa l'8 % per complicazioni polmonari. Dei gastroenterostomizzati sono guariti il 40,5 %, migliorati il 13,9 %, 15 pazienti sono morti per cancro dello stomaco, in due casi sviluppatosi sulla neostomia. Nell'8,9 % dei casi è subentrata un'ulcera peptica.

Risultati di gran lunga migliori riguardano le resezioni. Di queste furono eseguite 11 Billroht I, 11 Billroth II, 51 resezioni segmentarie, 210 secondo Reichel-Polya di cui 110 per ulcera gastrica. I risultati lontani riguardano solo questo metodo. Su 171 pazienti guariti operatoriamente, si hanno 144 guariti, 15 migliorati, 2 non guariti.

Di 20 resezioni palliative in 13 pazienti si ebbe la guarigione, in 3 miglioramento, in 1 nessun risultato.

Di 20 resezioni secondarie in 14 casi si trattava di ulcera peptica, negli altri di recidive; i risultati sono buoni.

Dal complesso dei risultati osservati, Schwarz (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 151, pag. 280 e 445, 1928) conclude dando la preferenza nella cura dell'ulcera gastrica e duodenale alla resezione sec. Reichel-Poya, riservando la gastro enterostomia alle forme stenotiche pure. VALDONI.

Il trattamento degli ascessi e delle fistole anali.

Al trattamento della questione, D. Taddei (*Pensiero medico*, 15-31 dicembre 1928) fa precedere alcune massime generali. Egli insiste sulla precocità della diagnosi e dell'intervento. La guarigione spontanea è eccezionale; l'apertura spontanea dell'ascesso dà luogo, di solito, a fistola inguaribile, l'attesa fa aumentare le lesioni, con la diffusione di esse, l'aumento delle alterazioni locali ed i pericoli per la funzione ano-rettale e la vita del malato.

Le incisioni devono sempre essere radiate, rispetto al contorno anale. Vanno fatte col bisturi e determinano emorragia minima che sempre facilmente si domina.

Negli ascessi ischio-rettali, è necessaria la anestesia generale. L'incisione va eseguita nel punto più sporgente della raccolta ed un po' posteriormente. Introdotto il dito nella cavità per distruggere le briglie connettivali ed evacuare le anfrattuosità, va praticata un'incisione verticale dell'ano e del retto per 3-4 e più cm., fino, cioè, al limite superiore dello scollamento. Non si deve lasciare nessun punto inesplorato. Si pratica poi il tamponamento, piuttosto stipato di tutta la cavità ischio-rettale. La medicatura esterna, fissata con una fascia a T, va cambiata ogni giorno; il tamponamento, si rinnova dopo 3-4 giorni. Il malato va tenuto stittico per 5-7 giorni e va poi purgato. Si pratica poi un'accurata pulizia esterna (semicupi quotidiani, uso di piccoli purganti) fino a guarigione.

Se, in seguito all'attesa, la suppurazione si è molto estesa, è necessario procedere come segue. Paziente messo in posizione litotomica. Incisione radiata, il più possibile vicina al rafe ano-coccigeo, parallela e vicina al margine laterale corrispondente del coccige. Tale incisione, dopo esplorazione col dito, va prolungata sul retto, praticando una ano-sfinterotomia ed una rettotomia lineare fino al limite superiore del flemmone. Se si ritiene che la fossa opposta non possa essere sufficientemente drenata, si può praticare una controapertura radiata ano-perineale, senza sfinterotomia.

Per quanto riguarda le *fistole*, è anzitutto necessario tener presente che non va fatta la specillazione; per riconoscere se essa è esterno-cieca o completa, basta l'iniezione colorata (blu di metilene, fucsina). Dopo accurata anamnesi ed esplorazione digitale, si potrà decidere l'intervento. Per questo, l'A. raccomanda l'estirpazione.

Per questa, dopo preparazione del paziente (accurata svuotatura del retto!), si pratica la divulsione dell'ano e, stabilito il tragitto fistolare e l'eventuale orificio interno, si fa un'incisione ellittica con massimo diametro, radiato rispetto all'ano, intorno all'orificio esterno. Si prolunga l'incisione fino all'ano e si procede all'estirpazione progressiva del blocco fistoloso che, preso progressivamente con le dita della

sinistra e sottoposto a trazione, si lascia facilmente dissecare in gran parte per via ottusa.

Se la fistola è esterna-cieca e la cavità residua non molto estesa, si possono suturare le pareti. Se la fistola è completa, arrivati alla parete rettale, si escide l'orificio rettale, si asporta il blocco fistolare, si incide il ponte ano-rettale e si tampona la cavità, mantenendo il tamponamento per 6-7 giorni (paziente tenuto stittico). In seguito, tolto il tamponamento, basta la pulizia esterna; le granulazioni sono sufficiente barriera di protezione.

La sutura, di cui sopra, si esegue a strati molteplici progressivi, cominciando dal fondo. L'emostasi deve essere completa, l'asepsi accurata. Si usa la seta sottilissima, montata su piccoli aghi curvi. L'accurata sutura della cute, pure in seta, va coperta con una vernice, per cui l'A. usa collodion con xeroformio a parti uguali, a cui si aggiunge etere fino a dare consistenza sciropposa, mescolando al momento in bicchierino sterile.

Nella maggioranza dei casi, si ottengono in tal modo buoni risultati.

fil.

Contro l'anoressia.

Quassia amara	gr.	2
Genziana		
Scorze di arancio	anagr.	5
Acqua	gr.	500

Far macerare per 24 ore, filtrare. Un bicchierino da marsala prima d'ogni pasto.

Tintura di rabarbaro	anagr.	10
Tintura di cascarilla	»	10
Tintura di colombo	»	10

XV goccie in acqua prima d'ogni pasto.

Tintura di ipecacuana	gr.	10
Tintura di colombo	»	20
Carbonato di potassio	centigr.	50

XV goccie in acqua prima d'ogni pasto.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. S. M., da B.:

Non mi risulta che esistano misure, salvo quelle da lei messe in opera, per proteggere i vetrai dalle ferite da taglio in conseguenza di rottura delle bottiglie durante la smerigliatura. Gli eventuali provvedimenti, più che dal medico, dovrebbero essere escogitati dall'ingegnere, nel senso del maneggio meccanico, se è possibile, della bottiglia stessa.

fil.

All'abb. n. 5739-1:

Vedere la Tesi di Parigi di VAUDIER: *Les injections intravariqueuses;* si può procurarla per il tramite di Masson o Doin.

C. C.

VARIA.

Ileo da frutta?

P. Leusden (*Mediz. Klinik*, 26 ott. 1928) riporta un'osservazione di ileo che sarebbe stato provocato da ingestione copiosa di frutta.

Nella letteratura medica ne sono descritti altri casi.

Vittima ne fu un medico, il quale nella mattinata mangiò molto abbondantemente delle fragole. A mezzogiorno prese un pasto copioso e bevve circa 6 chops di birra leggera.

Verso le 5 del pomeriggio cominciò a star male; poi avvertì dolori addominali e del tenesmo, ma non riuscì a defecare nè ad emettere gas. La sera comparvero vomiti e dolori così vivi che il paziente ricorse alla morfina senza risparmio; prese anche dell'olio di oliva. A mezzanotte decise di farsi trasportare in clinica chirurgica.

Facies addominale; i vomiti andarono aggravandosi. Il mattino si procedette ad una laparotomia esplorativa, resa particolarmente difficile dall'obesità del paziente. Non si trovò nulla.

I vomiti continuarono ancora 4 giorni, malgrado le irrigazioni e una cannula rettale, la somministrazione di ormonal, ecc.; ma al 9° giorno l'intestino si evacuò bruscamente e copiosamente. L'11° giorno sopravvenne collasso e il malato morì, malgrado tutte le cure prodigategli. L'autopsia fece rilevare una peritonite da filtrazione dei germi; nell'intestino erano ancora contenuti residui di fragole.

Secondo l'A., si è trattato di un ileo spastico, provocato dal consumo di un'ingente quantità di frutta fresca; esso venne favorito dalla bevanda alcoolica e aggravato dalle condizioni di obesità.

La laparotomia non è giovata, se non per escludere l'intervento di fattori meccanici. Secondo l'A., in tali casi è controindicata l'atropina, e lo è l'estratto d'ipofisi; dovrebbero giovare le enteroclisi alte e l'olio d'oliva; ma questi mezzi si sono dimostrati inefficaci nel caso in questione. O. F.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

G. POLETTI. *Contributo allo studio della dentizione prenatale.* — Arti Grafiche Panetto e C., Spoleto, 1929.

E. INGLESSI. *Sull'endodermoreazione di B. Trambusti.* — Tip. Niccolai, Firenze, 1929.

C. BARTOLOTTI. *Relazione Sanitaria annuale.* — Tip. G. Campi, Foligno, 1929.

A. CURCIO. *Nouvelle méthode de réduction non sanglante de la luxation congénitale de la hance.* — Masson, Paris, 1929.

U. FABRIS. *Osservazioni sperimentali e cliniche sulle artriti purulente del ginocchio secondarie ad eresipela della faccia.* — Tip. G. Campi, Foligno, 1929.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Servizio sanitario nelle collettività.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica, Div. 6ª, Sez. 1ª) ha diramato ai Prefetti del Regno ed al Governatore di Roma la seguente circolare in data 9 gennaio 1929, n. 20300.2 - Anno VII:

Con la circolare 12 maggio 1926, n. 20300.2 riguardante la lotta contro le malattie sociali nelle collettività giovanili, questo Ministero richiamava l'attenzione delle EE. LL. sulla necessità di assicurare in ciascuna convivenza giovanile il buon governo igienico degli istituti stessi, la più assidua vigilanza da parte delle autorità sanitarie, nonchè — e ciò rappresenta provvedimento di principale importanza — la istituzione di regolare servizio medico.

Recenti manifestazioni di limitati episodi di malattie infettive in collettività hanno messo in luce deficienze nei servizi sanitari e profilattici ed inosservanze da parte di talune amministrazioni degli istituti, inconvenienti in gran parte dipendenti dalla mancanza di adeguato servizio sanitario.

Necessita pertanto che le EE. LL. si accertino senza indugio che per ciascuna collettività in genere, sia essa istituto di educazione o di beneficenza, l'amministrazione provveda alla nomina di un medico responsabile dei servizi sanitari, igienici e profilattici, indicando anche il sanitario che deve sostituire il dirigente in caso d'assenza.

Devesi inoltre richiamare l'attenzione del detto sanitario che è tassativo obbligo per esso non solo la immediata denunzia di casi anche sospetti di malattie infettive e la adozione di rassicuranti misure di profilassi, ma anche la vigilanza sulle condizioni igieniche dell'Istituto.

Di tutti gli istituti codesto Ufficio Sanitario deve tenere apposito elenco con l'indicazione del sanitario preposto al servizio e di quello che lo sostituisce.

Attendesi cenno di assicurazione.

p. *Il Ministro*: BIANCHI.

Per l'assistenza all'infanzia.

Il Segretario del Partito, onorevole Turati, ha inviato ai segretari federali la seguente circolare:

« In sede di Comitato intersindacale centrale è stata esaminata la necessità di coordinare tutte le attività assistenziali riguardanti l'infanzia, sopratutto per quanto ha riguardo alla creazione, alla disciplina e alla vita delle colonie marine, montane e campi solari.

Dopo ampio esame del problema è stato deciso che in ogni provincia si costituisca una commissione presieduta dal segretario federale, composta, oltrechè dai membri del Comitato intersindacale, dal podestà del capoluogo, dalla delegata dei Fasci femminili, dal dirigente provinciale dell'Opera Nazionale Balilla, dal presidente dell'Opera Maternità e Infanzia.

La Commissione dovrà innanzi tutto fare il censimento delle attività esistenti, procedere al coordinamento delle varie forze e alla disciplina dei contributi in modo che si possa raggiungere il massimo dei risultati col minor impiego di sforzi e di mezzi.

Ogni Delegazione dei Fasci femminili provvederà a trovare i locali rispondenti alle esigenze sanitarie e curative, il personale tecnico per la visita di ammissione per la direzione e gestione delle colonie.

Le colonie saranno sottoposte ad ispezioni da parte degli organi centrali competenti.

La Segretaria del Partito provvederà ad emanare le norme dettagliate di organizzazione e di gestione. Per i figli di italiani residenti all'estero e che verranno in Italia a godere di un periodo di sanità fisica e morale saranno diramate successivamente istruzioni ».

La lotta contro l'idrofobia.

Fin dall'ottobre 1926 il Ministero dell'Interno invitava i Prefetti a intensificare la polizia veterinaria contro la rabbia, ordinando un sistematico accalappiamento dei cani randagi.

Dalle notizie periodiche trasmesse dalle Prefetture si è rilevato che, a partire da tale epoca, il numero dei cani catturati è in sensibile aumento, sebbene non dappertutto sia nella misura attesa.

Intanto, da un esame della statistica delle persone sottoposte alla cura antirabbica in vari Istituti del Regno, si è constatata una progressiva diminuzione nei casi di morsicature all'uomo, particolarmente in quei territori in cui l'accalappiamento dei cani fu esercitato in larga misura e con persistenza. Confrontando tra loro i tre semestri dall'epoca in cui si è iniziata la vasta opera di polizia veterinaria, si rileva che, di fronte a 3591 persone morsicate nel primo semestre del 1927, ne risultano 2996 morsicate nel secondo semestre e 2402 nel primo semestre dell'anno scorso. La diminuzione complessiva verificatasi nel corso di 18 mesi si calcola a circa il 33 %. In virtù di tale risultato soddisfacente il Ministero dell'Interno ha nuovamente richiamato l'attenzione dei Prefetti sulla necessità di persistere nella lotta intrapresa, che dovrà essere condotta ovunque con la massima energia.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Arluno (*Milano*). — Medico Chirurgo Comunale. Stipendio L. 10.200; indenn. uff. sanitario L. 1000; indenn. bicicletta L. 400, al lordo R. Mob. e Cassa Prev. Documenti di rito. Scadenza 30 maggio.

Bergamo. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Direttore ispettore; L. 18.000 e 6 bienni ventes. oltre L. 5000 serv. att., L. 6000 per inibizione attività professionale privata, L. 60 giornaliere missioni, rimborso spese, riconoscim. parziale serv. anter.; età lim. 40 a. al 10 apr.; tassa lire 50,10. Scad. 31 mag.

Cosenza. *Ospedale Civile.* — Medico ordinario; L. 2400 (*sic*), al netto di R. M., oltre una percentuale sui proventi operativi. Nomina quinquennale. Rivolgersi all'Amministrazione dell'Ospedale. Scadenza 30 maggio.

Cremona. *Amministraz. Provinciale.* — Labor. Prov. di Igiene e Profilassi. Per titoli ed esami. *A*) Direttore Sezione 1ª. Medico-Micrograf. Stip. base L. 16.000. Assegno carica L. 2000. — *B*) Assistente Sez. 1ª. Micrografica. Stip. base L. 13.000. — *C*) Coadiutore della Sez. 2ª. Chimica. Stip. base L. 14.000. Assegno carica L. 1000. — *D*) Assistente Sez. 2ª. Chimica. Stip. base L. 13.000. Per tutti i sopraindicati posti cinque aumenti quadr. del decimo sullo stip. base, indennità c.-v. e trasferte, compartecip. proventi contravvenzioni. Scadenza ore 18 del 20 giugno. Per ulteriori chiarimenti rivolgersi alla Segret. Gener. della Provincia.

Enna. — Direttore Medico-Chirurgo dell'Ospedale Umberto I. La scadenza è prorogata al 31 maggio. Il limite di età (minimo anni 35) è abolito e possono concorrervi tutti coloro che hanno raggiunto la maggiore età e non oltrepassato 55 anni.

Genova. *Comune.* — Medico dei dispensari comunali per le malattie veneree; L. 4500. Scad. 31 mag. Accettaz. entro 15 gg. Dichiaraz. in carta bollata di accettaz. delle norme stabilite nel bando di conc.

Genova. *Consorzio Antitubercolare della Provincia.* — Segretario tecnico-sanitario; scad. ore 17 del 30 giu.; età lim. 25-40 a.; laurea da 8 a.; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi dal 25 apr.; lire 17.800 e 4 bienni ventes., oltre L. 8000 serv. att.; indenn. trasf.; assicuraz.; ecc. Rivolgersi Segreteria (Palazzo del Governo).

Guilmi (*Chieti*). — Condotta medica. Stipend. L. 8700 lorde. Quattro quadr. Scadenza 10 giugno. Documenti a 3 mesi. Per ulteriori chiarim. rivolgersi alla Segreteria Comunale.

La Spezia. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esame. Posti di Direttore e di Assistente Sez. Medico-Micrografica provincia Spezia. Direttore stipendio annuo L. 14.000 elevabile a lire 22.800 con 6 aum. trienn. del decimo; indenn. serv. attivo L. 3500. Assistente stip. L. 10.000 elevab. come sopra a L. 16.000; indenn. serv. attivo L. 2000. Per entrambi cointeressenza sino al 50 % per le indagini interes. privato. Chiedere bando concorso Segreteria Gen. Amministrazione Provinciale. Scad. ore 18 del 20 giugno.

Lubriano (*Viterbo*). — Per titoli. Stipendio annuo lorde L. 10.500. Caro-viv. come per legge. Assegno quale uff. san. L. 400 aument. del decimo per 5 volte. Età massima anni 35. Docum. di rito non super. di data a 3 mesi. Scadenza 22 maggio.

Mantova. *R. Prefettura.* — Uff. san. del capoluogo; proroga a ore 18 del 20 maggio.

Motta S. Lucia (*Catanzaro*). — Scad. 31 mag.; L. 7500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1500 cav.; tassa; doc. a 3 mesi dal 20 apr.; serv. entro 15 gg.; età lim. 45 a. Chied. annunzio.

Rocella Ionica (*Reggio Cal.*). — Scad. 25 mag.; 1ª cond.; L. 6000 (*sic*) e 4 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

Roma. *Ministero delle Comunicazioni (Ferrovie dello Stato).* — Concorsi per titoli ai seguenti posti di Medico di riparto: Matelica (Ancona), Como II (Milano), Cirò Marina (Reggio Calabria), Zagarolo (Roma), Portole (Trieste), Picerno I (Salerno), Cornigliano Ligure (Genova). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 31 maggio.

Roma. *Governatorato.* — Coadiutore nella Sez. medico-micrograf. del Laborat. d'Igiene e Profil.; scad. ore 12 del 20 mag.; doc. poster. al 30 mar.; tassa L. 50; L. 16.000 e 2 quadrienni di L. 1000, oltre L. 4000 serv. att. Rivolgersi Ripartizione Personale.

Rovereto (*Trento*). — Scad. 15 mag.; 3ª cond.; L. 6800 (*sic*), ecc.

S. Potito Sannitico (*Benevento*). — Stipendio L. 8000 annue lorde. Abitanti 1406 di cui 376 nelle case sparse. Domande in carta da L. 2 e documenti di rito da inviarsi non più tardi del 12 giugno alla locale Segreteria Comunale.

Sequals (*Udine*). — A tutto 27 mag.; L. 8000 oltre L. 500 serv. att., L. 800 uff. san., L. 3000 trasp., c.-v., 6 quadrienni dec.

Taglio Veneto (*Venezia*). — Scad. 20 mag.; L. 8500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 cavallo, L. 400 uff. san., c.-v.; tassa L. 50,15.

Triora (*Imperia*). — Scad. 31 mag.; L. 9000 per 500 pov.; addizion. L. 5; uff. san. L. 500; cav. L. 1000.

Varese. — Ufficiale Sanitario-Capo Ufficio Igiene. Per titoli ed esame. Stipend. L. 18.000, con 5 aumen. quadr. del decimo. Assegno serv. attivo L. 3000, oltre indenn. spese trasporto lire 1500 per motocicl. o L. 3500 per automobile. Inibito serviz. lib. professione. Domande, documenti e ricevuta tassa L. 50,10 al Protocollo del Comune entro il 15 giugno. Per ulteriori chiarim. rivolgersi locale Segreteria Municipale.

Villasimius (*Cagliari*). — Scad. 25 mag.; lire 10.000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 840 c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Carlo Rossi, di Bari, è abilitato alla libera docenza in patologia chirurgica.

Il prof. Denk, primario chirurgo dell'Ospedale Rodolfo di Vienna, è nominato direttore della Clinica chirurgica di Graz, in sostituzione del prof. Haberer, chiamato in Germania.

Il dott. Andrew H. Woods è nominato professore di psichiatria all'Università statale della Pennsylvania e direttore dell'Ospedale per psicopatici a Iowa.

Presso la Scuola Medica, ora riorganizzata, dell'Università della California Meridionale (Los Angeles) sono stati nominati i primi due professori « permanenti » (ossia con esclusione di ogni altra attività professionale): Paul S. Mekibben, di anatomia, e Harry S. Duel jr, di biochimica; il primo insegnava alla Scuola Medica dell'Università di Michigan, ad Ann Arbor; il secondo alla Scuola Medica dell'Università di Maryland, a Baltimora.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Pisa.

Una emiparatiroidectomia.

Il prof. Taddei, Direttore della Clinica Chirurgica della R. Università di Pisa, ha praticato ultimamente l'asportazione delle ghiandole paratiroidi da un lato, cioè la emiparatiroidectomia in una ragazza di 21 anno, affetta da anchilosi ossee multiple, determinatesi nello spazio di diversi anni e precedute solamente da dolori articolari ai quali era succeduta la graduale progressiva limitazione dei movimenti fino all'anchilosi. In questa ragazza, in altre articolazioni nelle quali ancora non si era già costituita l'anchilosi, cominciavano i dolori, espressione dell'inizio del processo anchilosante.

Il Taddei ha praticato l'intervento in base ai risultati incoraggianti ottenuti da Oppel con la emiparatiroidectomia in questi malati e pubblicati da Samarin in un lavoro comparso sull'*Archiv fur Klinische Chirurgie* del dicembre 1928.

La ragione che ha spinto Oppel a praticare l'asportazione di due paratiroidi, è stata l'aver riscontrato in quasi tutti questi malati un aumento notevole del calcio nel sangue. Dopo l'intervento chirurgico, il tasso del calcio diminuisce notevolmente fino ad arrivare in certi casi al disotto del normale, e con la diminuzione del calcio, Oppel ha notato un miglioramento delle condizioni generali dei malati ed un arresto del fatale progressivo andamento del processo morboso.

Benchè ancora non si conosca il meccanismo etiopatogenetico, è certo che ottenere in questi malati i risultati che Oppel ha fatto pubblicare di aver ottenuto è quanto di meglio ci si possa augurare per queste lesioni di fronte alle quali eravamo fino ad ora completamente disarmati.

Il Taddei non ha eseguito la tecnica consigliata da Oppel per l'asportazione delle ghiandole. Infatti mentre Oppel consiglia per essere sicuri dell'asportazione delle paratiroidi la contemporanea resezione di un tratto di tiroide corrispondente, il Taddei invece previa legatura e sezione delle arterie tiroidee del lato destro ha arrovesciato la metà corrispondente della tiroide in modo da volgere in avanti la superficie posteriore, indi ha praticato la ricerca e l'asportazione delle due ghiandole paratiroidi di destra. La emitiroidectomia potrà essere praticata solo quando non si riesca bioscopicamente a riconoscere i due corpuscoli paratiroidei.

Taddei pensa che per quanto ipotetiche le concezioni di Oppel sulla patogenesi dell'affezione, dato che avrebbero avuto qualche conferma dai risultati operatori, sia conveniente in coscenza, provare se l'arma che Oppel ci offre possa servire in assenza di ogni altra che valga a combattere la terribile affezione.

È questo almeno per l'Italia il primo caso operato con tale tecnica. Dell'intervento che il nostro illustre Clinico ha praticato come esperimento, a suo tempo pubblicheremo su queste colonne il risultato lontano.

ANGELELLI.

NOTIZIE DIVERSE.

Per gli studi sull'alimentazione.

Sotto la presidenza dell'accademico d'Italia prof. Filippo Bottazzi si è riunita la commissione per lo studio dei problemi della alimentazione, per l'esame di numerose questioni di fondamentale importanza per la nutrizione del popolo.

La commissione, iniziando questa tornata di lavori, ha innanzi tutto espresso la sua riconoscenza al Ministro dell'interno per i provvedimenti da esso fatti adottare nell'ultimo Consiglio dei Ministri sulla vigilanza igienica del latte, ed è passata indi all'esame delle seguenti relazioni: 1) prof. Grixoni, col. medico, « Sulla razione alimentare di pace e di guerra dei militari del R. Esercito e della R. Aeronautica »; 2) prof. Mazzucconi, col. medico, « Sulla razione alimentare attuale dei militari della R. Marina »; 3) prof. De Cillis, senatore del Regno, « Prodotti vegetali ed animali delle nostre Colonie »; 4) prof. Ascoli, direttore della clinica medica della R. Università di Roma, e prof. Silvestro Silvestri, « L'alimentazione nelle carceri, nei convitti, negli ospizi e negli ospedali »; 5) prof. Carlo Foà, direttore dell'Istituto di fisiologia della R. Università di Milano, « Norme e misure di economia degli alimenti », « Ripartizione degli alimenti tra l'uomo e gli animali domestici; 6) prof. Gorini, direttore dell'Istituto di batteriologia del R. Istituto Superiore di Agraria di Milano, « Contro lo sperpero e per la migliore utilizzazione del latte fra l'uomo e gli animali domestici ».

Ognuna di queste relazioni è stata diligentemente esaminata, non solo dal punto di vista scientifico, ma anche e sopratutto nei riguardi delle applicazioni pratiche che se ne possono trarre per la soluzione di alcuni più vitali problemi alimentari. Le conclusioni alle quali è giunta la commissione sulle questioni esaminate, sono state riassunte in una serie di proposte con-

crete che saranno fatte pervenire al direttorio del Consiglio nazionale delle Ricerche, per la comunicazione alle competenti autorità del Governo.

La commissione ha chiuso i suoi lavori prendendo in esame l'alimentazione dei fanciulli poveri che frequentano le scuole primarie ed esprimendo il voto che, con provvedimento legislativo, si renda obbligatoria la somministrazione della refezione scolastica a tale categoria di bambini.

O. N. Invalidi di guerra.

Si è riunito, sotto la presidenza del sen. prof. A. Lustig, il Comitato esecutivo dell'Opera Nazionale Invalidi di Guerra.

In materia di assistenza sanitaria, il Comitato ha deliberato che agli effetti dell'assistenza sanitaria gratuita prestata dall'Opera ai meno abbienti, debbano essere considerati tali coloro il cui reddito complessivo non sorpassi le lire 8000 annue, aggiungendosi però nel computo altre lire mille di reddito per ogni parente convivente a carico. Sono stati concessi notevoli contributi ai Dispensari antitubercolari di Cosenza e di Verona, si è assegnato un fondo per sovvenzioni alle Colonie climatiche che accolgono figli di invalidi, si è approvata la nuova convenzione con l'Officina protesi di Torino e si sono prese altre deliberazioni.

Cassa Nazionale Infortuni.

Il Capo del Governo ha ricevuti l'on. Bonardi ed il dottore Calamani, rispettivamente Presidente e Direttore generale della Cassa Nazionale Infortuni, i quali gli hanno presentato il bilancio del 1928 testè approvato dal Consiglio di amministrazione dell'Istituto. Nel 1925 furono assicurate n. 131.957 ditte comprendenti 1.387.259 operai per un ammontare di salari di L. 4.287.185.400; nel 1928 furono assicurate n. 251.171 ditte comprendenti 2.063.344 operai per un ammontare di salari di L. 5.609.466.748. I premi di assicurazione incassati nel 1928 furono di L. 163.247.587, mentre quelli incassati nel 1925 erano stati di lire 113.967.391.

Il Capo del Governo si è compiaciuto della situazione dell'Istituto e si è interessato anche dei progressi dell'organizzazione sanitaria.

I medici stranieri del lavoro in Italia.

I medici ispettori del lavoro che, per incarico della S. d. N. e con l'appoggio della Fondazione Rockefeller, compiono un viaggio d'istruzione in Italia, dopo Torino e Genova hanno visitato altre città.

A Bologna hanno ammirato l'Ospedale Benito Mussolini, della Cassa Nazionale Infortuni. A Milano la Clinica del Lavoro ha richiamato tutta la loro attenzione. Hanno visitato molti stabilimenti industriali e relative istituzioni di assistenza sociale. Si sono anche recati all'Ospedale-Sanatorio Vittorio Emanuele III in Garbagnate.

Ovunque vengono fatti oggetto di accoglienze cordialissime.

X Congresso internazionale di neurologia.

La riunione neurologica internazionale annua avrà luogo a Parigi durante i giorni 4 e 5 giugno, alla Salpêtrière (École des Infirmières, Boulevard de l'Hôpital, 47). Temi: 1) « Le distorcie » (spasmi di torsione, rel. Wimmer di Copenaghen; torcicollo spasmodico, rel. Barré di Strasburgo); 2) « La chirurgia del simpatico » (rel. Leriche e Fontaine di Strasburgo). Il 5 giugno il prof. Wagner-Jauregg di Vienna terrà una conferenza, nell'anfiteatro della clinica Charcot, sul tema: « La malarioterapia ».

Il 6 giugno si adunerà la « Société de Neurologie », in rue de Seine 12 (presso la « Société de Chirurgie »). L'ordine del giorno reca comunicazioni varie.

V Congresso internazionale di medicina e farmacia militari.

Al Congresso di medicina e farmacia militari che ha luogo a Londra dal 6 all'11 maggio, partecipano i delegati ufficiali di 48 Nazioni.

Per la prima volta, in un'assise scientifico-militare è rappresentata la nostra M. V. S. N. È stato designato quale rappresentante del corpo sanitario delle Camicie nere il prof. dott. Guido Liebmann, console medico della M. V., recatosi a Londra insieme alla delegazione del Regio Esercito e della Regia Marina, priesieduta dal ten. gen. Riva.

II Congresso internazionale delle medichesse.

Il Congresso quinquennale organizzato dall'Associazione internazionale delle dottoresse in medicina, si è svolto a Parigi dall'11 al 13 aprile. Furono trattati due temi principali: « L'educazione sessuale dei fanciulli e degli adolescenti » e « Gli analgesici nel parto ». Ebbero luogo molti ricevimenti. Le congressiste hanno visitato la clinica Baudelocque, l'Istituto Pasteur, l'Istituto del Radium, l'Istituto sieroterapico di Romainville, la Salpêtrière, il museo dell'Ospedale Saint-Louis.

III Congresso internazionale per la riforma sessuale su basi scientifiche.

Avrà luogo in Londra dall'8 al 12 settembre sotto la presidenza di Havelock Ellis, A. Forel e M. Hirschfeld. Saranno trattati 4 temi principali: 1) Matrimonio e separazione; 2) Lotta contro la prostituzione e le malattie sessuali; 3) Regolazione delle nascite; 4) Etnologia sessuale. Per la prima volta in questo Congresso sarà trattato il tema « Censura e sessualità ». L'ultima giornata è riserbata a comunicazioni in altri campi.

Al Comitato ordinatore del Congresso hanno aderito in gran numero note personalità. Le domande di iscrizioni vanno indirizzate con la maggiore sollecitudine al Dr. Norman Haire, 127 Harley Street, Londra W 1 o all'Institut f. Sexualwissenschaft in Berlino N W 40, In den Zelten 9

Congresso italiano dell'industria idro-termale.

Nella sede della Confederazione Generale dell'Industria Italiana si sono iniziati, sotto la presidenza del gr. uff. Rebucci, i lavori del Congres-

so della Federazione Nazionale Fascista dell'Industria Idro-Termale, alla presenza di numerosi intervenuti.

Sul tema: « Provvidenze necessarie per l'incremento dell'industria acque minerali », il comm. Granelli, dopo aver rilevato che l'Industria Idrotermale ha fatto in questi ultimi anni notevoli progressi, tanto che l'acqua minerale da tavola è ormai entrata nell'uso popolare, deplora gli inconvenienti che si verificano spesso nei ristoranti e negli alberghi, ove l'acqua potabile è somministrata quasi sempre in contrasto colle più elementari regole igieniche, mentre, invece, le bottiglie d'acqua minerale vengono sturate all'atto del consumo e con tutte le garanzie igieniche possibili. L'oratore si addentra, quindi, nell'esame dei prezzi dell'acqua minerale e dei vantaggi conseguiti dalla campagna vetraria; reclama la massima severità di controllo sulle fonti di acque minerali; invoca dal Ministero delle Colonie l'abolizione del dazio doganale sull'acqua minerale in bottiglia. Confida che il Governo, a somiglianza di quanto è stato attuato in Ungheria, ordini la soppressione di acque sintetiche.

L'on. A. Bussi trattò il tema: « Per l'insegnamento dell'idrologia ».

Il comm. Saccani svolse una relazione su: « Provvedimenti atti a facilitare investimenti tranquilli del capitale nazionale delle nostre stazioni di cura, soggiorno e turismo ». Riferì poi sul tema: « Organica propaganda all'estero a pro delle stazioni di cura italiane come centro di turismo stagionale a lunga permanenza ».

Il presidente gr. uff. Rebucci svolse una relazione su: « La zona di protezione agli effetti dell'esercizio di concessione delle miniere di acqua minerale ». Lo stesso presidente riferì poi su: « Le agevolazioni ferroviarie di accesso alle stazioni di cura d'acque », ed infine illustra i « Criteri di applicazione della tassa sulle radio-audizioni circolari negli stabilimenti di cura ».

Sui vari argomenti trattati hanno parlato in vario senso i congressisti.

Congresso italiano di patologia e igiene coloniali.

Il Consiglio Direttivo della Società Italiana di Patologia e Igiene coloniali ha stabilito che il prossimo Congresso della Società si tenga a Roma nell'ottobre 1929 e si occupi principalmente della patologia tropicale nei paesi del bacino mediterraneo. Il Congresso ha poi posto le basi per una missione scientifica che dovrà recarsi nell'Eritrea occidentale, per studiare la patologia e l'igiene ancora ignorate di quelle regioni e interessarsi anche della patologia del bestiame.

Comitato internazionale contro la tratta delle bianche e dei fanciulli.

Il Comitato della S. d. N. contro la tratta delle bianche e dei fanciulli ha tenuto l'8ª sessione a Ginevra dal 19 al 27 aprile. Delegato dell'Italia è stato l'ambasciatore marchese Raineri Paulucci De' Calboli.

Durante le sedute sono state ampiamente chiarite l'importanza e l'efficacia del nuovo metodo di lotta contro le malattie veneree, consistente nella libertà, discrezione e gratuità delle cure mediche, rendendo omaggio all'Italia che per la prima ha applicato questi principî.

Giornate mediche di Bruxelles.

La 9ª sessione delle giornate mediche di Bruxelles si annunzia quale un nuovo e grande successo.

Avrà luogo dal 22 al 26 giugno, con l'alto patronato dei Sovrani del Belgio e sotto la presidenza del prof. Henry Copper. Numerose questioni sono all'ordine del giorno; per l'Italia il prof. Putti tratterà dei progressi dell'ortopedia.

Alla seduta inaugurale terrà una conferenza il dott. Nepveu, che, sotto lo pseudonimo di Luc Durtain, si è acquistata una solida fama di letterato.

Il programma comprende molti festeggiamenti, trattenimenti ed escursioni.

La Reale Società Italiana d'Igiene

che ora ha assunto anche le funzioni di Sezione Milanese dell'Associazione Italiana Fascista per l'igiene, si è riunita il 25 aprile in assemblea generale per la nomina alle cariche sociali.

Riuscirono eletti: presidente: Boni prof. Icilio; consiglieri: Bellasio rag. Virgilio, Bertazzoli prof. Annibale, Della Rovere prof. Domenico, Gagliardi dott. Giulio, Guerrini prof. Guido, Moretti dott. Enrico, Piccinini prof. Prassitele, Ronzani prof. Enrico, Scarpellini prof. Andrea, Stazzi prof. Pietro, Tron prof. Giorgio, Veratti dott. Luigi; revisori: Guttierez prof. Alfredo, Moretti dott. Luigi.

All'Accademia di Medicina del Brasile.

L'Accademia Nazionale di Medicina di Rio de Janeiro festeggerà il suo centenario il 30 giugno.

In questa occasione si riuniranno la 4ª Conferenza Pan-Americana d'Igiene, Microbiologia e Patologia, il 2° Congresso Pan-Americano sulla tubercolosi, il 9° Congresso brasiliano di medicina ed il 1° Congresso brasiliano d'eugenica.

Alla celebrazione è stato invitato il prof. G. Sanarelli, di Roma.

Lega belga d'igiene mentale.

Ha tenuto l'assemblea generale il 20 aprile, nell'« Institut des Hautes Etudes » di Bruxelles, sotto la presidenza del dott. De Craene.

Associazione belga antitubercolare.

L'Associazione nazionale belga contro la tubercolsi si è riunita il 2 aprile in assemblea generale statutaria, nella sede sociale (Avenue de la Toison d'or 81, Bruxelles).

Società mutua dei medici francesi.

L'« Association confraternelle des Médecins Français » ha, negli scorsi giorni, tenuto l'assemblea generale annua. Dal rendiconto presentato risulta che nel 1928 la Società ha distribuito 150 mila franchi di sussidi e che accoglie 1380 medici o vedove di medici. Segretario generale ne è il dott. Grahand (rue Sabie 7, Paris XVII).

Ufficio centrale delle Opere Mediche Francesi.

Si è costituito, in Francia, un organismo di collegamento tra le società mutue di medici; reca il nome di « Office Central des Oeuvres Médicales »; ha sede a Parigi VIII, rue Surène 5.

Assistenza per gli addetti al commercio in Italia.

La Confederazione Nazionale Fascista Commercianti, in unione a quella dei Sindacati Fascisti del Commercio, ha costituito un Ente nazionale fascista di assistenza sociale per gli addetti al commercio, che comprende una cassa malattie e una cassa nazionale di accantonamento.

La cassa malattie è destinata a garantire al lavoratore del commercio le indennità e l'assistenza dovutegli in caso di infermità.

Il Consiglio prov. milanese della Croce Rossa.

Con sobria cerimonia è stato insediato il nuovo consiglio provinciale milanese della benemerita istituzione. Presenziavano S. E. il Prefetto Siragusa, il Podestà sen. De Capitani, l'on. Starace, il Questore, il gen. Cattaneo, il gen. Santini, il centurione Paolucci in rappresentanza del generale Carini, il presidente generale della Croce Rossa gr. uff. Cremonesi, il gen. Gatti, il gen. Bassi, mons. Girola in rappresentanza di mons. Rossi, Vicario capitolare, l'on. Gorini, l'avv. Dalmasso, la crocerossina decorata signorina Jenny, la principessa Trivulzio, e molte altre personalità.

Riorganizzazione degli ospedali municipali di Berlino.

Innanzi alla Società di Sanità Pubblica di Berlino il dott. Korasch trattò ampiamente della riorganizzazione degli ospedali municipali di Berlino.

Si è contrari al trasferimento degli ospedali alla periferia: ne derivano difficoltà varie (per il trasporto dei malati, per le visite dei familiari, per i rapporti sociali dei medici, ecc.), non compensati da alcun serio vantaggio.

Si sente il bisogno di ridurre la proporzione dei reparti: ve ne sono con 350-400 letti, il che supera di molto la capacità direttiva di qualunque valente e coscienzioso primario.

Si avverte anche il bisogno di ospedali specializzati. In tutta Berlino non esiste, oggi, un ospedale municipale con reparto neurologico; nessuno con reparto urologico; ecc. I reparti ortopedici vanno ampliati. Anche i reparti ostetrici sono sempre ultra-affollati e occorre provvedere. L'incremento dei casi di cancro impone la necessità d'istituire centri speciali, diagnostici e di cura. Le malattie del lavoro dovrebbero pure essere trattate in corsie specializzate.

Ospedale per cancerosi e dermopatici a Filadelfia.

È stato inaugurato a Filadelfia un Ospedale destinato allo studio ed alla cura del cancro e delle dermopatie. È diretto dal prof. F. C. Hammond, dalla dott. L. H. Carnell e dal dott. W. Krusen; comprende vari dipartimenti: uno oncologico, uno dermatologico, uno radiologico, uno di anatomo-patologia, ecc.

Per lo studio del cancro negli Stati Uniti.

Il sig. Francis P. Garvan, capo della « Chemical Fondation », ha donato 60.000 dollari, pari ad oltre 1 milione di lire it., all'Università Johns Hopkins di Baltimora, destinandola al laboratorio per lo studio del cancro diretto dal dott. Joseph C. Bloodgood. Di quella somma 10.000 dollari sono destinati alle forniture di laboratorio; il resto verrà diviso in 5 annualità, per spese di funzionamento.

Corso di perfezionamento in otorinolaringologia.

È annunziato presso la Facoltà medica di Strasburgo, sotto la direzione del prof. G. Cassuyt, dal 1° al 14 luglio; tassa 400 fr. La clinica dispone di 110 letti. Scrivere direttamente al direttore.

Scuola francese di Stomatologia.

Il programma della scuola viene svolto in 18 mesi; le ammissioni hanno luogo tutti gli anni il 1° maggio e il 1° dicembre; le tasse importano 2500 franchi. Per informazioni rivolgersi al direttore, dott. L. Cruet, passage Dauphine 20, Paris (VI).

Centenario di Korányi.

La Reale Società Medica di Budapest ha celebrato il centenario della nascita del barone Frederich Korányi, il quale fu a lungo clinico medico in quella Università.

Alla cerimonia intervennero molti uomini di Stato e personalità della vita pubblica. Oratore ufficiale fu il ministro prof. Kornél Scholtz, il quale rievocò le benemerenze scientifiche del Korányi, cui si devono la crioscopia dell'urina e del sangue, la cura benzolica della leucemia e alcuni perfezionamenti cospicui nella semeiologia della tubercolosi; ne illustrò anche le benemerenze sociali, attraverso l'istituzione di ospedali, sanatori e dispensari, in specie contro la tubercolosi, che allora era oltremodo diffusa e letale in Ungheria; ne mise in valore, da ultimo, le benemerenze didattiche, culminate nell'insegnamento clinico post-universitario, il quale attrasse in Ungheria medici di tutti i Paesi. Alla cerimonia assisteva il figlio del grande clinico, prof. Alexander Korányi, cui fu consegnata una medaglia d'oro alla memoria del padre. Egli pronunziò brevi parole, impegnandosi a continuare, nei limiti delle proprie forze, le tradizioni paterne.

Onoranze al sen. Lustig.

Ricorrendo il 40° anno di insegnamento del prof. sen. Alessandro Lustig, allievi, amici ed ammiratori alla fine del mese di maggio offriranno all'illustre Maestro una medaglia ricordo ed istituiranno, presso la Facoltà Medica di Firenze, un premio periodico intitolato al Suo nome.

Verrà comunicato in seguito il giorno della cerimonia.

Il Comitato esecutivo è così costituito: on. Carlo Delcroix, Presidente Associaz. Naz. Mutilati ed Invalidi di Guerra, prof. Serafino Belfanti, direttore Istituto Sieroterapico Milanese, l'aiuto e gli assistenti dell'Istituto di Patologia generale.

Si prega d'inviare le adesioni al prof. dott. Giovanni Favilli, aiuto del R. Istituto di Patologia generale, viale G. B. Morgagni 18 (R. 8).

Viaggi medici ai Pirenei.

La « Fédération Médicale Thermale et climatique Pyrénéenne » ha organizzato due viaggi, l'uno alle Cevenne ed ai Pirenei, dal 15 al 26 giugno; l'altro ai Pirenei e all'Oceano, dall'8 al 21 settembre. Concentrazioni rispettivamente a La Malou ed a Périgueux (vetture dirette da e per Parigi). Per informazioni rivolgersi a: direction des Voyages Médicaux Pyrénéens, La Malou (Hérault).

Misure contro epidemie adottate per le navi provenienti da vari porti.

Un decreto ministeriale pubblicato dalla « Gazzetta Ufficiale » del 29 aprile dispone che le provenienze dai porti dello Stato di Rio Grande do Sud (Brasile) sono sottoposte alle misure contro la febbre gialla prescritte dall'ordinanza di Sanità Marittima n. 2 del 15 marzo 1924 modificata dal D. M. 18 luglio 1928.

Con altro decreto l'Ordinanza di Sanità Marittima n. 4 del 1° aprile 1921 per cui le provenienze dai porti del Mar di Marmara sono state sottoposte alle misure contro il dermotifo prescritte dalla Ordinanza di Sanità Marittima n. 1 del 1916 modificata con ordinanza n. 3 del 1919, è revocata per quella parte che riguarda le provenienze dal porto di Costantinopoli.

Un terzo decreto dispone che le provenienze da Montevideo (Uruguay) sono sottoposte alle misure contro la peste prescritte dall'ordinanza di Sanità Marittima n. 10 del 1° settembre 1907 modificata con D. M. 30 agosto 1911.

Processo giudiziario provocato dalla morte di un medico morfinomane.

Si è svolto a Londra un processo provocato dalla morte di un medico morfinomane, avvenuta in una casa di salute.

Risultò che, a sua richiesta, l'infermiera gli forniva 20 grani (1,20 grammi) di morfina al giorno; trattandosi di un medico, ella credette di non dover disubbidire. Risultò, inoltre, che da 20 anni il medico usava dosi così elevate di morfina (per os).

L'autopsia dimostrò che la morte era dovuta a polmonite lobare, e non determinata, direttamente, dall'intossicazione morfinica.

Il giurì mandò assolta l'infermiera; ma il giudice si fece promettere formalmente che in avvenire ella non avrebbe più somministrato dosi pericolose di farmaci neppure a medici, senza prescrizione espressa del medico curante.

Apprendiamo con molto rammarico la perdita del prof. ANDREA SCARPELLINI, ufficiale sanitario del Comune di Milano, già aiuto alla cattedra d'igiene della R. Università di Padova.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Arch. Mal. App. Digest., ecc., feb. — V. WITTING. Sindrome epigastralgica d'orig. vertebr. e intrarachidea.

Journ. d. Prat., 6 apr. — EM. SERGENT. Elementi filtrabili del b. di Koch nel liquido ascitico della cirrosi atrofica di Laënnec.

Rass. Internaz. di Clin. e Ter., mar. — E. PERINI. Sindrome da ectopia splenica. — V. M. PALMIERI. Gruppi sanguigni.

Cult. Med. Mod., 15 mar. — G. PULEO. Valore prognost. della detumefazione rapida della milza in alcune malattie infett.

Noticias Médicas, mar. — R. ESTABAN CEBRIÀN. Il prostatismo.

Norsk Mag. Laegev., apr. — C. SCHIOTZ. La sieroprofilassi. — L. KREYBERG. L'ormone sessuale nell'urina di gravide.

Ann. di Neurol., 10 apr. — M. PAOLUCCI. Tumori cerebellari e morti improvvise da essi prodotte.

Arch. di Ost. e Gin., apr. — BERNARDI. Terapia calcica dell'eclampsia puerper. — IMPARATO. Ipofisi ed eclampsia.

Arch. gen. di Neurol., ecc., IV. — J. NARDI. Superficie linguale negli alienati.

Zbl. f. Chir., 13 apr. — A. LEHRUBECHER. Sieroterapia intracisternale del tetano. — B. KIENLE. Tecnica dell'estraz. ungueale.

Pediatria, 15 apr. — P. BOSIO. Solfo nel sangue dei bambini. — L. STORCHI. Influenza di raggi U. V. sulla cutireaz. alla tubercolina.

Pensiero Med., 15 apr. — U. MELZI. Malattie della parola e loro cura.

Osped. Magg., 31 mar. — P. GERLI. Il silicio in terapia.

Paris Méd., 13 apr. — MODINOS. Il siero di vescicanti nella cura di malattie infettive. — J. CÉLICE. L'ipertrofia del polmone. — G. SADOU. Cause d'insuccesso nella vaccinoterapia.

Journ. d. Prat., 13 apr. — GOUGEROT. Le medicazioni adiuvanti della sifilide.

Journ. Méd. Franç., mar. — Numero su: Pletora, litopesia, emotolia.

Surg., Gyn. a. Obst., apr. — B. PORTIS. Cambiam. della flora gastro-intest. dopo gastro-enterostomia e gastrectomia parziale. — J. A. HYAMS. Vasi sang. aberranti come fattore di ostruz. ureterale. — H. YOUNG e R. W. MCKAY. Ostruzione valvolare congenita dell'uretra prostatica. — S. JUDD e al. Dilataz. retrograda dell'esofago da cardiospasmo.

Rif. Med., 13 apr. — F. SANFELICE. Vaccinoterapia coi blastomiceti paraneoformanti dei tumori mal. — L. CASTALDI. Centurie di rivendicazioni italiane.

Rev. de Méd., n. 10. — ARNAULT e al. Le ipertensioni del liq. cef.-rachid.

Journ. A. M. A., 6 apr. — T. M. RIVERS. I virus. — A. E. GUELD. L'anossiemia nella polmonite. — L. H. MCKINNIE. L'avvenire della chirurgia. — S. R. MONTEITH e R. O. CLOCK. Trattam. delle scottature con siero norm. di cavallo.

Amer. Med., mar. — D. ANDERSON. La tbc. polm. in una popolaz. indigena: come si sviluppa la resistenza. — E. MARCOVICI. La pleurite diaframmatica. — H. B. YOUNG. L'esame medico periodico.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., apr. — L. Pinese, R. Majman. L'innervaz. del timo. — J. Kasanin. Modificaz. della personalità dopo traumi cerebrali. — S. E. Jelliffe. Crisi oculogire post-encefalitiche.

Presse Méd., 11 apr. — E. Moniz e al. Encefalografia nella diagn. di tumore cerebrale. — 20 apr. - F. Widal e al. Ittero emolitico trattato con la splenectomia. — E. Ledoux. Polineurite gravidica con sindrome di Korsakow.

Nuova Med. Ital., mar. — G. De Vincentiis. L'occhio tabetico.

Rev. Españ. de Med. y Cir., apr. — J. A. Urra e J. Casas Sánchez. Glicemia, colesterinemia e sistema ret.-endot.

Minerva Med., 21 apr. — V. Pennati. Tiroide e anafilassi. — L. Carbonara. Potere emoagglutinante del latte luetico (r. di Candido).

Arch. Méd. Belges, apr. — W. Beanbridge. Compito della chirurgia nel trattam. dei tumori mal.

Mediz. Welt, 20 apr. — E. Sachs. Diagn. delle gravid. extra-uter. — A. Moeller. Erythrocyanosis crurum come conseguenza dell'attuale abbigliam. femmin.

Deut. Med. Woch., 19 apr. — Heynemann. I preparati d'ormone sessuale in clinica. — Veit. L'infez. reumatica. — Kisskalt. Eziol. dell'influenza.

Pathologica, 15 apr. — G. Guassardo. Eliminazione del Ca con la bile. — E. Antonazzi. Eliminazione del b. piocianeo attrav. il feg. e le vie biliari.

Bull. Ac. de Méd., 9 apr. — V. Balthazard. L'ordine dei medici. — A.-B. Marfan e E. Dollfus-Odier. L'ergosterolo irrad. nel rachit. e nella tetania.

Wien. Klin. Woch., 18 apr. — Numero di radiologia.

Lancet, 20 apr. — E. Watson-Williams. L'otosclerosi.

Brit. Med. Journ., 20 apr. — F. S. Gaugmead. Il m. di Graves (Flajani-Basedow). — A. R. Gilchrist. Ferite del cuore.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. Ascoli, Red. resp.

☞ *Ai nostri Signori Abbonati ricordiamo l'interessante libro del*

Dott. Prof. BERNARDINO MASCI, della R. Università e degli Ospedali Riuniti di Roma

Tecnica Terapeutica Ragionata, Medica e Chirurgica

con prefazione del Prof. AGOSTINO CARDUCCI

Medico-primario e v. direttore sanitario del Policlinico Umberto I, in Roma

Riportiamo qualcuno dei tanti giudizi espressi dalla Stampa medica Ital. sul libro del prof. MASCI.

« Mancava in Italia un manuale di tecnica che racchiudesse in poche pagine quanto oggi è noto « nel campo della medicina e della chirurgia e tale mancanza costituiva un vero bisogno da parte del « giovane professionista e del medico già provetto.

« Ora a colmare, come suol dirsi, la lacuna, l'A. pubblica il suo volume di « Tecnica » destinato a « guidare soprattutto nei primi passi chi è all'inizio della sua carriera professionale e nel contempo a « porgere ai provetti esercenti l'occasione di venire a conoscenza dei più recenti metodi di cura e dei « più moderni procedimenti di tecnica, in uso nelle grandi Cliniche e nelle sale Ospedaliere.

« Non occorre, certo, dire che non poche volte, dopo di aver fatto una giusta diagnosi, massime « quando si combattono le prime armi professionali, si rimane indecisi sulla scelta del metodo di cura « o sul suggerire un appropriato regime dietetico. Il vasto corredo di nozioni e di teorie, che si hanno « intorno alla genesi di un processo morboso o sulle cause che determinano un particolare sintoma, a « nulla valgono quando, al letto dell'ammalato, non si sa adattare un apparecchio di contenzione o quando « non si sa giustamente praticare una iniezione di un siero o di un vaccino. Si aggiunga a tutto questo « che non raramente alle tante domande rivolte al medico o dall'infermo o dalla sua famiglia, si rimane « indecisi nella risposta, non potendo sicuramente dire se, a es., giova oppur non portarsi in questa « oppur quell'altra stazione climatica, se è opportuno oppure no ricorrere a questo o a quell'altro « metodo di cura.

« Lo scopo che si è prefisso l'A. a me sembra interamente raggiunto. Leggendo il libro del Masci « io vi ho trovato riportate le antiche applicazioni terapeutiche e quelle più recenti, suggerite dalla « terapia fisica, e questo, naturalmente, è di non poca utilità non solo per il medico giovane, ma ancora « per quello che ha già una certa pratica professionale.

« La vasta e complessa materia trattata dall'A. è divisa in ben 27 capitoli, dei quali ognuno tratta « di un argomento speciale. I singoli argomenti sono trattati non solo con scrupolosa esattezza, ma ven- « gono completati da nozioni che invano si cercherebbero in trattati similari, poichè rappresentano il « frutto della personale esperienza, acquistata dall'A. durante il suo lungo periodo di esercizio medico « prestato negli ospedali.

« Il volume, che è edito dalla Casa Pozzi di Roma, e che fa parte della Collana « Manuali del Po- « liclinico », nulla lascia a desiderare anche dal punto di vista tipografico. Le numerose incisioni, che « vi si trovano intercalate, completano i pregi della pubblicazione ».

RIPPA.

(Dalla *Rassegna Internazionale di Clinica e Terapia* di Napoli, Anno VI, N. 4).

« Questo bel volume, che per eleganza di stile e semplicità tipografica supera le edizioni di cui le « grandi case parigine invadono il mondo, è davvero degno di stare nella raccolta di ogni medico colto.

« È una specie di piccola enciclopedia di terapia medico-chirurgica in cui ognuno può riscontrarvi « la notizia che gli occorre rapidamente e chiaramente...

« L'assistenza, l'igiene e l'alimentazione del malato riempiono i primi capitoli, cui seguono i varii « medicamenti galenici, le cure fisiche (crenoterapia, climatoterapia, ecc.) l'elettro- e la psico-terapia.

« In una serie di capitoli successivi che potrebbero formare una parte speciale, le varie terapeu- « tiche descritte dal punto di vista generale, vengono applicate per ogni singolo apparato, sistema, « organo, non esclusa la tecnica terapeutica pediatrica.

« Seguono tre capitoli sulle cure pre- e post-operatorie, e sulla tecnica delle medicature e fascia- « ture che completano il libro, nel quale un accurato indice alfabetico permette di riscontrarvi rapi « damente l'argomento che occorre ».

(Da *Rinascenza Medica* di Napoli, Anno II, N. 12).

« Riteniamo che questo libro risponda ad una vera e sentita necessità di quanti si iniziano all'arte « pratica del guarire: in vano si ricercava fin oggi una sobria ma completa esposizione della manua- « lità che la professione del medico richiedono ad ogni passo. In questo libro si può dire che nulla « v'è di trascurato o di omesso: dalla tecnica delle iniezioni ipodermiche a quella del lavaggio gastrico, « dalle norme per le fasciature a quella per gli apparecchi ortopedici, e via dicendo. E non solo in « forma chiara e aiutata da espressive illustrazioni, ma anche con la guida di un giusto spirito critico « che sa discernere e vagliare fra i molteplici espedienti. Crediamo di essere facili profeti dichiarando « che questo manuale incontrerà pienamente il favore d'una vasta cerchia del personale sanitario ».

PONTICACCIA.

(Dal *Giornale di Clinica Medica* di Parma, Fasc. V, Anno VI).

Un volume di pagg. VIII-845 (N. 18 della Collana Manuali del « Policlinico ») nitidamente stampato su carta semipatinata ed artisticamente rilegato in piena tela, con iscrizioni sul piano e sul dorso.

In commercio L. **78** più le spese di spedizione postale.

Per i nostri abbonati sole L. 72 in porto franco.

Inviare Vaglia Postale o Chèque Bancario all'Editore LUIGI POZZI — *Via Sistina, 14* - ROMA.

ANNO XXXVI Roma, 20 Maggio 1929 Num. 20

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

La profilassi antidifterica

per il dott. MARIO FABERI,
già aiuto v. nella R. Clinica Pediatrica di Roma.

Lo spettacolo di un bambino che muore per stenosi del laringe da difterite, o quello della morte per paralisi postdifterica, quando già la malattia sembrava del tutto superata, sono certamente tra i più angosciosi e impressionanti.

Zingher, uno dei pionieri della vaccinazione antidifterica nell'America, pone la questione, in una lettera editoriale comparsa sul *Journal of the American Medical Association*, se, innanzi a simili spettacoli, il medico non provi il rimorso di non aver saputo o voluto applicare per tempo le risorse profilattiche di cui oggidì la scienza dispone, di fronte a questa infezione tanto grave.

E la questione non è affatto oziosa, in quanto i rapidi e grandiosi progressi compiuti in questi ultimi anni, pongono alla portata di qualsiasi sanitario, anche se viva lontano dai grandi centri e dagli ambienti di studio, la possibilità di procedere, senza preoccupazione alcuna, all'immunizzazione dell'organismo contro la difterite.

Molto si scrive e si opera, a tal proposito, all'estero, con resultati assai brillanti. Da noi, invece, si è ancora quasi all'inizio, e solo qua e là, sporadicamente, vengono portati piccoli contributi ad una questione d'interesse così altamente umanitario, e non è nostro compito indagare sulle cause di tale scarsa cooperazione.

Le statistiche della mortalità per difterite, in Italia, mostrano veramente una diminuzione assai sensibile in questi ultimi anni. Ma se si fanno i confronti con le cifre della mortalità per vaiuolo (vedi tabella), si è colpiti dalle differenze grandi esistenti nell'andamento delle due infezioni.

Ora, se la quasi assoluta scomparsa di mortalità per vaiuolo a null'altro può essere riportata, se non alla sistematica applicazione della pratica vaccinale sulla totalità degli abitanti, per quel che riguarda la difterite si può soltanto dire che le migliorate condizioni igieniche, e l'uso grande della sieroterapia, hanno contribuito a diminuire le cifre delle vittime; ma che ancora si è lontani da quella quasi scomparsa della malattia, che può essere rilevata per l'altra infezione.

Morti per vaiuolo e difterite nel Regno, durante gli anni dal 1887 al 1925
(cifre proporzionali a 1.000.000 di abitanti).

	1887-89	1890-92	1893-95	1896-98	1899-901	1901-904	1905-907	1908-10	1911-13	1921-23	1924	1925
Vaiuolo	534	125	88	36	40	117	11	17	79	13	1	—
Difterite e laringite crupale	825	530	481	273	187	133	141	162	103	76	82	72

(Da L. DE BERARDINIS, *Economia*, n. 11, 1928).

Crediamo pertanto di far cosa utile riassumendo l'argomento della profilassi antidifterica, in rapporto agli studi dei primi ricercatori, ma, sopratutto, in rapporto alle acquisizioni più recenti, affinchè ognuno possa, edotto della semplicità dei metodi e della bontà dei resultati, mettere in pratica un provvedimento tanto utile, qualora se ne presenti l'occasione opportuna.

L'introduzione del siero nella terapia della difterite doveva logicamente far sorgere l'idea di utilizzare la stessa sostanza anche nei sani, allo scopo di provocare in loro una *Immunizzazione passiva*. E ciò venne subito fatto da quanti, medici e cultori d'igiene sociale, si erano imposti l'assillante problema della profilassi antidifterica.

Ma i resultati si dimostrarono subito assai scarsi, come misero in evidenza le statistiche della morbilità e della mortalità dei vari paesi.

Le deficienze della sieroprofilassi sono in parte analoghe a quelle della sieroterapia, e possiamo considerarle di due specie.

In primo luogo, cioè, non si risolve in questa maniera il problema dei portatori, poichè si sa che i soggetti che hanno ricevuto iniezioni di siero antidifterico, il quale svolge azione nettamente antitossica, possono albergare ancora per lunghissimo tempo i bacilli virulenti nel loro cavo naso-faringeo. Anzi, secondo alcuni (Modigliani), l'eliminazione di tali germi avverrebbe in questi meno rapidamente che nei non sieroterapizzati.

Il Behring provò, ma inutilmente, ad applicare il siero anche in sito, per mezzo di pennellature e polverizzazioni. Ed egualmente inutili riuscirono i tentativi di Bandi, con l'uso di un siero bivalente, cioè antibatterico e antitossico in pari tempo.

L'altra deficienza poi, di carattere assai grave, è rappresentata dalla durata brevissima dell'immunità così conferita, contrastante con la rapidità della sua insorgenza. Tale durata, infatti, non sorpassa in media i 20 giorni, raggiungendo eccezionalmente le 6 settimane (Kolmer).

Se poi, trascorso questo periodo di 20 giorni, si rinnova l'iniezione di siero, la durata della nuova immunità si riduce ad appena 5-8 giorni, perchè l'organismo elimina più rapidamente le proteine introdotte, come dimostrarono Behring, Spolverini, Delille e Marie, ed altri.

Il metodo dunque dell'immunizzazione passiva per mezzo del siero ha un valore scarsissimo, e, si può dire, limitato ai casi per i quali esista pericolo grande di contagio, allorquando occorra produrre nel più breve tempo possibile uno stato d'immunità.

L'iniezione profilattica dovrebbe allora essere di 1000-1500 U. I. negli adulti, e di 500-1000 nei bambini, previo accertamento della recettività dell'individuo rispetto alla difterite, saggiata con la classica prova di Schick, sulla quale ci soffermeremo a lungo in seguito.

Ben più importanti sono invece i problemi inerenti all'*Immunizzazione attiva*, e alle realizzazioni che in tale campo si sono ottenute.

Fin dal 1890 il Behring, contemporaneamente alla scoperta dell'antitossina, studiò la possibilità di ottenere negli animali una simile immunizzazione, e ne riferì nelle sue « Untersuchungen über das Zustandekommen der Diphterieimmunität bei Thieren ». In queste sue ricerche, che rappresentano un primo passo, egli usò tanto delle colture sterilizzate, che delle colture trattate con tricloruro di iodio, che degli essudati pleurici di cavie morte per iniezione di b. difterici.

Nello stesso anno il Fraenkel (Immunisierungversuche bei Diphterie), potè registrare qualche resultato con iniezione di liquidi di coltura, filtrati per candela e scaldati a 55° C., in modo da distruggere la sostanza tossica, restando inalterata quella immunizzante.

Aronson, nel 1891, cercò di ottenere effetti immunizzanti nel coniglio, con iniezioni di colture attenuate con vapori di formaldeide.

Nel 1895 Babes usò, tra i primissimi, la miscela tossina-antitossina, ma senza resultati conclusivi; mentre ne ottenne più favorevoli il Park nel 1896 con la stessa miscela, immunizzando dei cavalli nel laboratorio della Sanità Pubblica di New York.

Nel 1897 Escherich riferì al XII Congresso internazionale di medicina in Mosca alcuni suoi tentativi d'immunizzazione dei bambini per via orale, e dimostrò in pari tempo che il passaggio dell'antitossina nel lattante è in rapporto all'introduzione di essa per mezzo del latte omologo.

Esperimenti importanti negli animali furono poi eseguiti nel 1901 da Arloing, Nicolas e Antoine, Rehns, Dreyer e Madreu, e nel 1902 Marenghi comunicava alla Società medico-chirurgica di Pavia le sue osservazioni, secondo le quali la tossina difterica conserverebbe in vitro le sue proprietà, anche se mescolata con l'antitossina.

Tutto questo complesso di studi preliminari fu utilizzato dai ricercatori delle varie scuole (in Russia Dzerygowsky, Boldirew, Blumenau; nei paesi Anglo-Sassoni Th. Smith e Park; in Italia Bandi e Gagnoni; in Germania Petruschky, Behring e Löwenstein), allo scopo di concretare, portandoli dal campo speculativo a quello utilitario, fino a che nel 1913, al Congresso di medicina interna di Wiesbaden, fu sanzionata ufficialmente la nuova miscela di Behring T. A. (tossina-antitossina).

Prima del Behring, invero, il Löwenstein era riuscito ad ottenere nella cavia un grado notevolissimo d'immunità, iniettando una miscela di tossina + antitossina, esattamente neutralizzata o appena iperneutralizzata. Ma la personalità del Behring si impone senz'altro per la maturità più complessa dei suoi studi, e per la loro portata pratica.

Il suo primo vaccino posto in commercio portò la marca M. M. I., ed era composto di miscela di tossina molto forte e di antitossina, in proporzione tale da mostrare scarsissimo o nullo eccesso di tossina negli esperimenti sulla cavia. Le dosi dell'iniezione, da praticarsi sotto cute, erano di 1/10 di mgr. nei neonati o nei lattanti, e di 1/2 mgr. nelle altre età, con controindicazioni rappresentate dai soggetti con processi difterici in incubazione, da quelli con grave debolezza cardiaca, i linfatico-scrofolosi e i tubercolosi conclamati.

Allo stesso congresso Behring e Hagemann riportarono l'osservazione fatta nella Clinica chirurgica di Marburg, nella quale precedentemente si era sviluppata un'epidemia gravissima di difterite. Nessuno dei bambini trattati con vaccino M. M. I. aveva contratto l'infezione, o comunque albergato bacilli difterici, sebbene a contatto di numerosi portatori.

Il vaccino assunse in seguito la sigla T. A., e il suo uso fu studiato e perfezionato da numerosi ricercatori successivi (Hahn, Rohmer, Bauer, Hagemann, Kleinschmidt, Matthes ecc.). Furono così osservate delle reazioni alle iniezioni, e distinte in 1°, 2°, 3° grado, a seconda dell'estensione e della compartecipazione dello stato generale.

La durata dell'immunità conferita con tale metodo risultò invero non troppo lunga, e fu calcolata di 1-2 anni (Schreiber).

Gli studi di Schick (1913) portarono un ausilio validissimo all'esecuzione della pratica immunizzante. La reazione che va sotto il suo nome, permise infatti di accertare rapidamente il grado d'immunizzazione del soggetto di fronte all'infezione difterica.

La *Reazione di Schick* consiste nell'iniettare nel derma una quantità di tossina difterica pari a 1/50 della dose minima letale per una cavia di 250 gr. di peso, diluendola in soluzione fisiologica, in modo da avere una quantità di liquido da iniettare di 0,10-0,20 cmc. Nei casi positivi, dopo 24-48 ore, appare al punto d'iniezione un arrossamento cutaneo di 1/2-1 cm. di diametro; al 4° giorno la reazione è all'acme; la cute è infiltrata, di colore rosso cupo, talora con una piccola vescicola. Poi la infiltrazione scomparisce a poco a poco, lasciando una macchia pigmentata che desquama leggermente.

Gli individui privi di anticorpi, o provvisti di antitossina in concentrazione minore a 1/50 di U. I. per cmc. dànno reazione più o meno fortemente positiva, mentre la dànno negativa coloro che posseggono quantità superiori a 1/30 di U. I. (Schick e Michiels, Kolmer e Moshage, Weaver e Maher).

Conviene però sapere che qualche errore può andar congiunto al modo di esecuzione e di interpretazione di questa prova. Da un lato, infatti, bisogna essere ben sicuri dell'istituto che fornisce il materiale, in quanto una errata titolazione della tossina falsa completamente i resultati; mentre, d'altro lato, si devono riconoscere le pseudoreazioni, con inizio precoce dopo 6-18 ore, con arrossamento diffuso che scompare al 3°-4° giorno, per presenza di proteine estranee nel filtrato di brodo-coltura difterica.

La prova, poi, va ripetuta ad ogni rinnovarsi di pericolo di contagio, sopratutto nei soggetti di giovane età, i quali vanno perdendo col tempo l'immunità naturale posseduta alla nascita, mentre va rammentato che nei bambini più grandicelli una infezione intercorrente (morbillo, scarlattina, ecc.) può far perdere l'immunità già perduta (Karasawa e Schick, Frontali).

Sono stati infine riportati casi isolati in cui la reazione di Schick negativa non impedì l'insorgere di forme difteriche gravi (Blechmann e Chevalley).

Comunque si tratta di una reazione di valore pratico grandissimo, non certo sminuito da queste rare ed eccezionali eventualità. E ciò è riprovato dall'alta percentuale di positività nei soggetti in cui viene praticata. Diehl, ad esempio, su 8089 studenti trovò una positività del 52 %. Cifre analoghe ci dà Bessemans, il quale praticò, nel periodo di 3 anni, 5482 reazioni con esito positivo nel 44,05 %, e con un massimo di negatività per i soggetti di classe povera, confermando in tal modo la veduta di Zingher, secondo il quale il contatto giornaliero dovuto al sovraffollamento e la mancanza di regole igieniche, ha grande importanza sullo sviluppo dell'immunità naturale.

Naturalmente le cifre percentuali delle reazioni positive variano a seconda dell'età dei soggetti studiati, e, per lo stesso soggetto, si

possono egualmente osservare variazioni di anno in anno.

Tonina e Montanaro, studiando lo Schick su 372 scolari anno per anno ebbero: nel primo anno positività del 62 %; nel secondo 48 %; nel terzo 34 %.

Una statistica americana globale indicherebbe poi le seguenti cifre:

sotto ai 3 mesi di età,	Schick positiva	15 %
da 3 a 6 mesi	» »	30 %
» 6 a 1 anno	» »	60 %
» 1 a 2 anni	» »	60 %
» 2 a 3 »	» »	60 %
» 3 a 5 »	» »	40 %
» 5 a 10 »	» »	30 %
» 10 a 20 »	» »	20 %
sopra i 20 »	» »	12 %

Tutte queste variazioni vanno messe in rapporto ad infezioni difteriche larvate (Schick, Hahn), meno che per i neonati nei quali l'immunità è dovuta all'avvenuto passaggio di anticorpi dalla madre al feto per via placentare (immunità congenita) o per mezzo dell'allattamento (immunità trofogena: Escherich, Salge), oltre alla possibilità, secondo alcuni, di una produzione di corpi immunizzanti per proprio conto (immunità autoctona: Di Cristina).

In definitiva, è però evidente quanto sia necessario conoscere questa reazione, per le connessioni pratiche intime che ha con il problema della profilassi antidifterica.

Nel decennio 1913-1922, mentre da un lato si ebbero numerosissime le sanzioni dell'applicazione del vaccino di Behring nell'uomo, controllate appunto con la Schick, d'altro lato si discusse e si sperimentò sull'opportunità di usare miscele iponeutralizzate, ed eventualmente con sola tossina, oppure con miscele leggermente o fortemente iperneutralizzate.

La guerra mondiale fece poi subire una lunga sosta a questi studi, i quali furono però subito ripresi con vigore, per merito specialmente dell'Opitz.

Negli Stati Uniti d'America furono condotte le prime applicazioni in grande, cercando di rendere, nella maniera più larga possibile, attuabili praticamente i postulati di Behring.

Come pioniere va citato a tal proposito il Park, al quale ben presto si unì lo Zingher, ed in seguito una schiera numerosissima di volonterosi ricercatori.

In definitiva, si adottò la *Miscela tossina-antitossina iponeutralizzata*.

I dati precisi di preparazione di tale miscela sono i seguenti: tossina vecchia e di grande potenza, in modo da essere costretti a preparare diluizioni tali, da diminuire il pericolo delle albumine eterogenee. Si indica con L+ la quantità di tossina che, aggiunta ad una unità di antitossina, fornisce una miscela la quale, iniettata in una cavia di 250 gr., ne determina la morte al 4° giorno. L'antitossina è poi rappresentata da un siero antidifterico concentrato, contenente da 12 a 1500 unità antitossiche per cmc. (una unità antitossica di siero è capace di neutralizzare 100 unità tossiche di veleno).

La miscela tipo contiene 3 dosi L+ per cmc., e poichè l'antitossina è aggiunta alla tossina in quantità di 1 U. A. per ogni L+, la miscela resterà alquanto tossica.

Il controllo della miscela viene compiuto ripetutamente nella cavia, e la conservazione avviene in ghiacciaia, durante il quale periodo si verifica una perdita di tossicità variabile, a seconda delle miscele.

L'iniezione della miscela va fatta per via sottocutanea, preferibilmente al braccio, all'inserzione del deltoide, in dose di 1 cmc., per tre volte consecutive, e a distanza di una settimana.

Seguendo tali dati, lo Zingher nel 1922 aveva praticato la reazione di Schick su 52.000 scolari di 44 scuole di New York, vaccinando poi tutti quelli con reazione positiva, e lo Schroeder, in sua collaborazione, immunizzava 50.000 soggetti.

In questi ultimi anni, poi, si sono riportate statistiche ancor più impressionanti.

Nella campagna antidifterica del 1927 nello Stato di Virginia, ad esempio, si vaccinarono 250.000 bambini, tralasciando addirittura di praticare prima la Schick, col resultato di veder diminuire la morbilità per difterite del 18,4 % e la mortalità del 38,1 %, rispetto a quella del 1926. Lo Stato spese per tale campagna 35.000 dollari.

Interessantissimo anche il resultato ottenuto in Auburn, centro di 40.000 abitanti circa, in cui furono vaccinati in complesso 6072 bambini: dal 1925 al 1927 non si sarebbe più verificato un solo caso di difterite.

Osservazioni queste, come si vede, di portata pratica indiscutibile, tanto da far entrare alcuni governi nell'ordine d'idea di rendere la vaccinazione obbligatoria, come è accaduto nel Messico, ove i medici scolastici sono tenuti da decreto presidenziale ad eseguire la Schick su tutti i bambini al disotto di una certa età, praticando la vaccinazione in quelli recettivi.

Comunque, però, il metodo americano non è affatto esente da critiche, alcune delle quali di notevole importanza.

Intanto, in primo luogo, la preparazione della miscela tossina-antitossina è molto complicata, perchè richiede: la scelta di una tossina e di una antitossina perfettamente stabilizzate, la determinazione della dose L+ di tossina, la mescolanza in proporzioni adatte, il controllo della tossicità della miscela ripetuto più volte su cavie, le precauzioni per preservare la miscela dalle disintegrazioni.

Si sono infatti andati osservando degli accidenti vari in seguito alle iniezioni vaccinali, dovuti sia alla dissociazione del complesso tossina-antitossina, per azione del freddo, per dosaggio errato, per errori tecnici.

Uno degli accidenti più gravi è certo quello avvenuto a Bundaberg nel Queensland (Australia), ove 12 bambini su 21 inoculati con la miscela morirono nei 2 giorni successivi all'iniezione, mentre in altri 6 si svilupparono ascessi al punto inoculato. L'inchiesta subito condotta trovò la causa in una infezione stafilococcica gravissima, dovuta alla mancata aggiunta di antisettici al flacone usato per la vaccinazione, diguisachè la miscela aveva potuto inquinarsi.

Altro inconveniente è rappresentato dal non esser ben conosciuto il valore antigeno della miscela, in maniera che, iniettandola, non si conosce nemmeno bene l'effetto immunizzante che si produce.

A ciò potrebbe ovviarsi sperimentando su numerosi animali e per lungo tempo, il che, agli scopi pratici, è pressochè impossibile.

L'immunità prodotta con questa miscela, poi, non si stabilirebbe, come comprova la Schick, che dopo 3-6 mesi, sì di farne ritenere l'uso di scarsissimo valore in periodo epidemico; senza contare che, dopo 3 iniezioni, un certo numero di soggetti resta scarsamente o affatto immunizzato.

Non si può infine dimenticare che nella miscela esistono proteine di origine equina, per la presenza del siero (antitossina), le quali, per quanto scarse, sensibilizzano il soggetto, conferendogli anzi una sensibilizzazione tanto più notevole per quanto minore è la loro quantità.

Stewart, a tal proposito, ha recentemente dato dimostrazione clinica e sperimentale del fatto, tanto da consigliare la detossificazione della tossina con altri agenti (per es. il ricinoleato di sodio), o addirittura l'impiego di siero antidifterico ottenuto dalla capra invece che dal cavallo.

Anche Gatewood e Baldridge riportarono casi di soggetti vaccinati con miscela tossina-antitossina, nei quali si manifestarono fenomeni morbosi gravi in occasione di successive iniezioni di sieri terapeutici.

È quindi logico che, per il fatto indiscutibile di tutte le difficoltà e gl'inconvenienti presentati dal metodo, si cercasse di trovare un altro tipo di vaccinazione, più facile e più sicura.

Il progresso veramente notevole in questo campo è quello di cui siamo debitori allo scienziato francese Ramon, che nel 1923 trovò un nuovo agente vaccinante, da lui battezzato col nome di: *Anatossina.*

L'anatossina è una tossina modificata, una tossina cioè che ha perduta tutta la sua tossicità, ma che, nonostante tale trasformazione, ha mantenuto il potere d'immunizzare gli animali.

Per chi intendesse avere notizie precise e complete sul modo di preparazione dell'anatossina e sui controlli delle sue proprietà, indichiamo un articolo interessante di Moloney e Fraser, negli *Annali dell'Istituto Pasteur* del 1928, n. 11.

Quello che fondamentalmente si deve sapere, è che l'anatossina può essere prodotta dall'azione di differenti corpi fisici o chimici sulla tossina difterica. Il metodo più pratico è però quello dell'azione combinata della formaldeide e del calore prolungato.

A 1 litro di tossina difterica recentemente filtrata si aggiungono 4 cent. cubici di soluzione formaldeide del commercio, e si lascia a riposo per 1 mese, alla temperatura di 38°-40° C.

Questa trasformazione della tossina sotto l'influenza del formolo e del calore è un procedimento irreversibile; cioè la tossina trasformata, e il suo derivato inoffensivo, non possono ritrovare il loro potere tossico.

La quantità di aldeide formica e la temperatura impiegata devono essere stabilite, affinchè la tossina, pur essendo resa inoffensiva, conservi il suo potere antigeno. L'apprezzamento e la misurazione delle qualità immunizzanti dell'anatossina è fatto, invece che col saggio biologico sugli animali, col metodo della flocculazione.

Tale metodo, ideato pure da Ramon, permette di titolare l'anatossina, come vaccino, qualitativamente e quantitativamente, e la quantità d'unità antitossiche che provoca la flocculazione iniziale in 1 cent. c. d'anatossina, dà il valore di questa anatossina stessa.

Si designa perciò col nome di « anatossina normale » quella che conserva interamente l'avidità di flocculazione della tossina originale, ed è l'uso di tali campioni quello che deve venir raccomandato per la pratica vaccinale nell'uomo.

Il saggio della flocculazione si fa nella maniera seguente: ad un certo numero di tubi da emolisi, contenenti ognuno 1 cmc. di anatossina, si aggiungono, in soluzione diluita di siero antidifterico campione, alcune unità antitossiche, in dosi progressivamente decrescenti (per es. 15, 12, 11, 9, 6, 5). Dopo un certo tempo si osserva che il tubo contenente 10 unità antitossiche floccula, e si può stabilire che questo campione di anatossina ha il valore di 10 unità anatossiche o antigene.

La reazione di flocculazione nella mescolanza anatossina-antitossina può essere paragonata alle altre reazioni immunitarie; vale a dire, il fenomeno della flocculazione può essere considerato come la 2ª fase della reazione anatossina-antitossina, del tutto analoga a quello che per esempio accade nella 2ª fase di agglutinazione, scoperta da Bordet. L'apparizione della flocculazione può poi dipendere interamente dallo stato della tossina, poichè vari agenti possono farle perdere in tutto o in parte tale potere (azione del sole, presenza di acido fenico, ecc.). È anche importante la rapidità o avidità di flocculazione, nel senso che un'anatossina che floccula più lentamente immunizza con minore facilità, come dimostrano le statistiche vaccinali.

L'altra proprietà fondamentale dell'anatossina è quella della sua innocuità. Una cavia di 300 gr., infatti, iniettata sottocute con 5-6 cmc. resta sana per un periodo di almeno un mese.

Tale innocuità non subisce modificazioni col passare del tempo, come pure stabile si dimostra essere il potere antigeno, che, dopo 5 anni, nulla ha perduto del suo valore.

Al contrario di quanto si è visto avvenire con le miscele tossina-antitossina, infine, nessuna sensibilizzazione viene conferita dall'anatossina al vaccinato.

Il primo resultato pratico della scoperta fu quello dell'applicazione alla preparazione dei sieri terapeutici. Con notevole guadagno di tempo e di materiale possono ora i cavalli fornire dei sieri ad alto potere, senza pericolo alcuno di morte per l'animale.

Nell'uomo, i primi esperimenti furono fatti all'ospedale dell'Istituto Pasteur di Parigi (Martin, Darré, Loiseau, Lafaille) e all'ospedale Val de Grace (Zoeller). Si assodò subito che l'iniezione di piccole dosi in soggetti aventi già una certa immunità, in rapporto a pregressa difterite, portava ad un aumento netto del potere antitossico del loro siero. In parecchi casi, dopo iniezione di 0,5 unità di anatossina, il potere crebbe da 0,1, fino a 10 ed anche a 50; e nei soggetti con reazione di Schick positiva si vide che bastava spesso la iniezione di 1-2 dosi di anatossina, per trasformarla in negativa.

Ricerche dapprima sperimentali, poi sull'uomo, dimostrarono che il grado migliore di immunità si ottiene facendo le iniezioni con intervallo di almeno 3 settimane, in dose di 0,5 cmc. la 1ª, e 1 cmc. la 2ª, facendo eventualmente seguire una 3ª di cmc. 1-1,5, dopo altri 15 giorni, se la Schick non è ancora divenuta negativa.

La via d'introduzione è quella sottocutanea.

All'iniezione posson far seguito reazioni varie, che sono state distinte in: locali e generali. Le reazioni locali sono, in genere, in forma di un arrossamento della larghezza di 1-3 cm., con calore e sensibilità cutanea aumentate, della durata di 24-48 ore. Più raramente si osservano zone di arrossamento edematose, con modica reazione ghiandolare. Le reazioni generali si limitano invece a delle fugaci temperature di 37°-39° C., e a un poco di malessere generale. Tanto la locale che la generale possono presentarsi dopo la 1ª, 2ª, 3ª iniezione, e patogeneticamente sono dovute alla presenza di certe proteine specifiche, o alla speciale sensibilità di alcuni soggetti. Sono infatti più frequenti nei convalescenti di difterite, i quali appunto sono sensibilizzati verso le proteine del bacillo di Loëffler, e negli adulti, sensibilizzati alla lor volta con le lievi infezioni occulte subite. Nei bambini al disotto degli 8-10 anni, invece, le reazioni sono rare.

È possibile, in un certo modo, prevedere la reazione locale praticando preventivamente la cosidetta « Anatossireazione » di Zoeller, iniettando cioè nel derma dosi piccolissime di anatossina le quali, nei soggetti sensibili, provocano una modica reazione cutanea.

Le malattie intercorrenti, quali ad es. la tubercolosi, influenzano poco le reazioni locali e generali. Si può dire che, in media, nel 20-40 % delle iniezioni di anatossina si osservano reazioni lievi o molto lievi, nel 10-15 % reazioni nette, e nell'1-5 % reazioni forti, sopratutto a tipo locale.

In conclusione, però, si tratta sempre di reazioni di assai minore importanza ed entità di quelle provocate con altre vaccinazioni (per esempio vaiuolo, tifo, ecc.).

Fino all'agosto 1928, invero, sono state praticate in Francia oltre 1 milione di vaccinazioni, senza che si abbia avuto a lamentare alcun incidente veramente grave.

I tentativi fatti di purificare l'anatossina (Aldershoff ed altri), si sono dimostrati inadatti, diminuendone il valore antigene, e di conseguenza il potere immunizzante.

Se si volessero riportare tutte le statistiche vaccinali pubblicate dal giorno della comparsa dell'anatossina ad oggi, vi sarebbero da scrivere centinaia di pagine. Bisogna perciò limitarsi a citarne alcune tra le più istruttive e le più recenti.

All'Istituto dei sordo-muti di Asnières il 98 % dei vaccinati (2-3 iniezioni) mostrò una Schick negativa 2 mesi dopo la prima iniezione.

Nell'ospedale Antony (Parigi) Lereboullet e Joannon constatarono il 100 % di Schick negative dopo il 2° mese di vaccinazioni.

Lesné immunizzò al Trousseau più di mille bambini con 2 iniezioni, e nel 90 % la Schick divenne negativa.

Lereboullet ne vaccinò 96 nell'Orfanotrofio di Arneil-Cachau ed ebbe analogo resultato nel 94,45 %, 1 mese dopo la 2ª iniezione.

Harvier e Requin ne vaccinarono 200 in una scuola di Parigi, e 3 mesi dopo la 2ª iniezione la Schick era negativa nel 95,4 %.

Zoeller vaccinò 47 adulti con 3 iniezioni di 0,5-1-1,5 cmc. di anatossina, e dopo 6 settimane la negatività della Schick fu completa per tutti.

Hanseval e Nelis nel Belgio ebbero il 94 % dei vaccinati con Schick negativa, e Zingher, negli Stati Uniti, ebbe il 98 % sei settimane dopo la 3ª iniezione (0,5-0,5-1).

In complesso, dunque, si può ritenere che 2 iniezioni di anatossina immunizzano dal 90 al 95 %, e 3 dal 97 al 100 %, in uno spazio di tempo compreso tra 5 settimane e 2 mesi.

Egualmente interessanti, dal punto di vista pratico, sono altre statistiche, che dimostrano la reale efficacia dell'immunizzazione con la anatossina, nei riguardi della morbilità e della mortalità per difterite, e della sua innocuità.

Mozer, ad esempio, riferisce i resultati della vaccinazione eseguita nell'ospedale marino di Berck in Francia, durante una grave epidemia difterica. La maggior parte dei bambini rico-

verati era affetta da tubercolosi chirurgica, e parte da rachitismo. Si fecero 3 iniezioni di 0,5-1-1 cmc., a distanza di 1 mese. Un primo gruppo comprendette 896 bambini al disotto dei 13 anni, e un secondo 474 bambini anche al disopra di questa età. Mentre nell'anno precedente si erano avuti 67 casi di difterite, di cui 5 mortali, nel 1926 se ne verificarono solo 15, senza morti. In 100 la 1ª iniezione fu fatta pochi giorni dopo l'iniezione preventiva di siero. Le reazioni locali e generali furono scarsissime, e solamente in un caso di lupus cutaneo e in uno di coxite, apparentemente guarita, si verificò una riattivazione della malattia.

Zdrodowsky e Haliapine riportano una loro statistica riguardante 4600 persone di Bakou vaccinate con l'anatossina, perchè aventi la Schick positiva, su 30.000 sottoposte alla prova. Durante il periodo 1926-1928 non si manifestò alcun caso di difterite tra i vaccinati, per quanto diversi di essi resultassero portatori di germi, mentre contemporaneamente si ebbero nella stessa città 550 casi della malattia, nei non vaccinati.

Alla fine del decorso anno 1928 Vigne ha presentato la nota riassuntiva della campagna antidifterica in Lione, ove la difterite era andata aumentando fin dal 1920. La vaccinazione non fu obbligatoria, ma si riuscì a persuadere 2728 genitori a lasciarla praticare nei loro bambini, dai 3 ai 6 anni, nessuno dei quali, in seguito, contrasse l'infezione; ammalò solo un piccino che aveva ricevuto 2 iniezioni, ed altri 2, che ne avevano ricevuta soltanto una, presentarono un quadro morboso abbastanza serio, ma non mortale. Ottimi resultati si ebbero in pari tempo in due scuole primarie della città.

Nel Canadà, dall'ottobre 1925 al marzo 1927 sono stati vaccinati con l'anatossina circa 400.000 soggetti, senza complicazioni degne di speciale rilievo, e sin da questo periodo si è delineata in tutta la regione una notevolissima diminuzione di morbilità o mortalità per difterite (Fitz-Gérald).

Altre statistiche riguardano l'immunizzazione praticata in pieno periodo epidemico. Bertrand, ad esempio, vaccinò in Le Pecq i bambini di un casamento nel quale si erano verificati casi di difterite; i vaccinati non ammalarono, mentre ammalò uno dei non vaccinati.

Nel novembre 1926 si manifestarono 9 casi di difterite in una scuola di Parigi, e Loiseau e Lafaille vaccinarono più di 100 bambini; in seguito a ciò non si ebbe altro che un nuovo caso in uno non vaccinato.

Nel maggio 1925 si ebbe l'insorgenza di una epidemia di difterite tra i ricoverati nel Sanatorio di Banyuls sur Mer, e Jarry vaccinò con 3 iniezioni di anatossina 223 bambini, e non si manifestò nessun caso nuovo dell'infezione.

Vaillant intraprese la vaccinazione in parecchi villaggi del Pas-de-Calais sulla quasi totalità dei bambini, e da quel momento nessun caso di difterite fu più denunziato, mentre frequenti se ne ebbero in alcune località, quali ad esempio Arras, ove solo il 10 % fu vaccinato.

Per quel che poi riguarda la durata della immunizzazione così ottenuta, è evidente che, trattandosi di applicazione tanto recente, non è possibile ancora dire una parola decisiva.

Secondo Lereboullet, Boulanger, Pillet e Gournay, dopo 8 mesi la reazione di Schick persisteva negativa in tutti i vaccinati; lo stesso resultato ebbero Lereboullet e Joannon dopo 1 anno, mentre Roubinovitch, Loiseau e Lafaille, fecero analoga constatazione dopo 12, 19, 23, 24 mesi, e fino a 4 anni.

Gli autori sono fidenti nel futuro, il quale sanzionerà definitivamente la portata pratica del metodo.

In ogni modo in Francia, in seguito a voto dell'Accademia di medicina (6-12-1927) è stata nominata una commissione esecutiva dal Ministero d'Igiene Pubblica, allo scopo di facilitare la generalizzazione del metodo di vaccinazione con l'anatossina in tutte le grandi città, specie nelle scuole. Il resultato di questo è rappresentato da un aumento di circa 300.000 vaccinazioni nel 1928, al confronto di 100.000 praticate nel 1927.

Naturalmente gli studi di quanti si interessano dell'appassionante problema non si sono arrestati alla semplice applicazione vaccinale, ma molti hanno cercato, e vanno tuttora cercando di perfezionare l'anatossina dal punto di vista della sua costituzione, come pure dal punto di vista della via d'introduzione.

In America, ad esempio, sta prevalendo la superiorità dell'anatossina sulle miscele tossina-antitossina, ed è stato introdotto in commercio un prodotto, col nome di *Tossoide*, il quale altro non è, per l'appunto, che una specie di anatossina.

Secondo le istruzioni dei preparatori, si tratta di tossine estratte da colture difteriche, aventi una dose L+ di cmc. 0,25, o meno, diluita in soluzione fisiologica di cloruro di sodio, e liberata dalle proteine del siero. La tossina viene trattata con formaldeide alla temperatura di 30°-40° C., fino a che la tossicità è distrutta, in maniera che 5 cmc. non uccidono una cavia di 250 gr. Il saggio del potere antigeno vien fatto iniettando nelle cavie 0,2-0,1 cmc., e in un mese vengono somministrate ad ogni animale 5 dosi letali di tossina difterica; se l'80 % sopravvive per 5 giorni, il tossoide è giudicato soddisfacente.

La vaccinazione con tale sistema consta di 2 iniezioni sottocutanee di cmc. 1 ciascuna, con intervallo di 3 settimane l'una dall'altra, saggiando eventualmente la suscettibilità individuale con iniezione preventiva di cmc. 0,1 di tossoide diluito in soluzione salina (1:20).

I resultati dell'applicazione pratica del tossoide, date le sue strette analogie con l'anatossina, non potranno essere che lusinghieri.

Per abbreviare il tempo di vaccinazione, si è anche cercato di produrre e di usare delle *Anatossine concentrate.*

Secondo Haliapine, ad esempio, l'acido ortofosforico si sarebbe dimostrato il più adatto allo scopo. L'acidificazione fa precipitare le proteine specifiche dell'anatossina difterica, mentre il suo Ph. si abbassa; si ridiscioglie poi il precipitato con opportune quantità di soluzione fisiologica di Na Cl., alcalinizzata convenientemente, fino ad avere il Ph. dell'anatossina da cui si è partiti. Il tutto, ben si comprende, lavorando con asepsi perfetta.

Si otterrebbe così un'anatossina concentrata 10 volte, con la quale si ebbero dai cavalli dei sieri a titoli notevolmente più alti che di norma. L'applicazione sui bambini ha dimostrato anche l'innocuità del suo uso, mentrechè l'introduzione di quantità enormi di unità antigene, quale viene in tal modo realizzata, servirebbe a ridurre notevolmente il periodo intercorrente tra iniezione e comparsa dell'immunità.

Bisogna ora ricordare i tentativi di vaccinazione per altra via, che non quella sottocutanea.

In primo luogo si è provata la *immunizzazione per via orale.*

Reiter e Soldin facevano ingerire ai bambini 1 gr. di benzoato di sodio in succo di frutta, per aumentare la permeabilità intestinale, e dopo un'ora somministravano 2 cmc. di miscela tossina-antitossina in eguale volume di latte, ripetendo tale procedimento dopo una settimana, con 3 cmc. di miscela, e dopo un'altra settimana con 5 cmc. di miscela. I resultati in tal modo ottenuti furono incoraggianti, e l'immunità si manifestò nella maggioranza dei bambini dopo circa 5 settimane, protraendosi per almeno 6 mesi.

Ramon e Grasset studiarono questa via di introduzione sperimentalmente sopra i conigli, giungendo alla conclusione che si tratta di una via molto meno sicura e fedele di quella sottocutanea, per quel che riguarda la produzione dell'immunità attiva, o lo stabilirsi dell'immunità passiva di fronte all'infezione difterica.

E ciò nonostante gli artifizi usati per favorire l'assorbimento, e sottrarre, in una data misura, l'antigene e l'anticorpo all'azione distruttiva dei succhi digestivi e dei fermenti microbici dell'intestino (somministrazione di olio di ricino, di bile, ecc.).

Resultati assai scarsi avrebbe avuto anche Bischoff, il quale usò miscela tossina-antitossina, previa ingestione di benzoato di sodio, secondo il metodo di Reiter. Di 12 bambini così trattati, e con Schick positiva, 9 restarono tali, in 1 si ebbe reazione paradossa al punto di controllo, e solo in 2 la Schick divenne negativa. Ripetuta la reazione dopo un anno in questi ultimi 3 soggetti, il resultato fu poco netto.

Fuerst poi, somministrando la miscela ma senza benzoato di sodio, non ottenne che degli insuccessi.

La questione resta ancora « sub judice », come pure non è risolta quella della *immunizzazione per via nasale.*

Vigne, ad esempio, vaccinò per tale via, con l'anatossina, 97 bambini nelle Crèches municipali di Lione. La sostanza venne instillata nelle due narici, e non si ebbero manifestazioni di sorta, mentre tutti i vaccinati restarono immuni dalla malattia. Le stesse instillazioni, fatte nelle narici di 2 balie e di 1 bambino di 6 anni, portatori di germi, fecero sparire questi nello spazio di 3 giorni.

Recentemente Bocchini, in Italia, vaccinò 33 individui, in massima parte bambini, fortemente recettivi all'infezione difterica, ottenendo in 28 l'immunizzazione completa (84,84 %). La tecnica usata consistette nell'istillare 3-4 gocce di anatossina in ciascuna narice per 8 giorni di seguito, ripetendo analoga serie dopo 8 giorni di riposo, oppure instillando continuamente ogni 3-4 giorni, fino all'estinzione della Schick.

Ferri, della R. Clinica Pediatrica di Roma, con ricerche tuttora in corso, e quindi non ancora pubblicate, avrebbe dimostrato che la immunità è più facile ad ottenersi polverizzando nel naso la soluzione glicerica di anatossina, piuttosto chè con le instillazioni. Avrebbe poi notato anche che la percentuale dei resultati positivi varierebbe a seconda del modo di condurre il trattamento, nel senso che se, per esempio, l'immunizzazione sarebbe completa nel 54 % dei soggetti sottoposti a tre cicli, distanziati di 11-12 giorni l'uno dall'altro, di polverizzazioni giornaliere per 3 giorni consecutivi, una sola polverizzazione, ripetuta 3 volte, ogni 11-12 giorni, trasformerebbe la Schick in negativa solo nel 22 %.

Altro fatto interessante, rilevato dal Ferri, sarebbe che, a parità di qualità di anatossina e di numero e frequenza di polverizzazioni, la immunità si stabilirebbe più facilmente polverizzando addirittura nella gola.

L'ultima novità, in fatto di vaccinazione antidifterica, è finalmente quella della *Vaccinazione doppia.*

Nel novembre 1928, infatti, Zoeller ha riferito all'Accademia di Medicina di Parigi i benefici effetti che possono aversi vaccinando contemporaneamente con due vaccini diversi. L'immunità così ottenuta sarebbe notevolmente più attiva, e le reazioni vaccinali molto meno intense, specialmente ai riguardi della vaccinazione antidifterica. Egli ha trattato in tal modo 217 scolari dai 7 ai 10 anni. La prima iniezione consistette in un vaccino misto con dose 0,5 di anatossina e 1 dose di T.A.B. (vaccino antitifico) proporzionata all'età del soggetto. Le altre due successive furono di sola anatossina. Dopo 2 mesi tutti i vaccinati presentavano Schick negativa.

Il vantaggio del metodo sarebbe dunque di immunizzare contemporaneamente verso due infezioni, con sole 3 iniezioni, e, come si è detto, con effetti assai più notevoli.

Se si dovessero, sulla base di quanto siamo venuti fin qui esponendo, tracciare le linee di condotta del medico ai riguardi della profilassi antidifterica, mi sembra che sarebbe logico, discriminando spassionatamente i valori dei vari metodi, stabilire quanto segue:

1) L'anatossina rappresenta oggi il miglior mezzo che abbiamo a disposizione per immunizzare l'uomo verso la difterite. Per ottenere il quale resultato, il valore antigeno dell'anatossina dovrebbe essere almeno di 5 unità (quella preparata dall'Istituto Pasteur è di 8-10 unità);

2) Il massimo d'immunità si ottiene iniettando nel seguente modo: 1ª iniezione sottocutanea di 0,5 cmc.; dopo 3 settimane 1 cmc.; dopo altri 15 giorni 1-1,5 cmc.;

3) La vaccinazione dovrebbe essere praticata a tutt'i bambini, dal 1° anno di vita in su;

4) La reazione di Schick può essere trascurata nei bambini da 1 a 7-8 anni, per semplificazione, praticandola invece nei più grandicelli e negli adulti, prima di procedere alle iniezioni immunizzanti;

5) In caso di epidemia di difterite di qualche importanza, l'iniezione di 1000 unità di antitossina (siero degli istituti produttori) conferisce uno stato d'immunità di breve durata (2-3 settimane). Tale protezione va poi completata con l'anatossina, facendo la prima iniezione di questa qualche minuto prima della iniezione di antitossina, e la 2ª e la 3ª con il consueto periodo di distanza;

6) L'immunizzazione con la sola anatossina è sufficiente nelle zone infette da difterite, nelle quali l'andamento epidemico possa venir ben controllato, avendo l'esperienza dimostrato che l'anatossina, iniettata all'apparire dei primi casi, immunizza i soggetti nel corso di 6 settimane circa, opponendosi all'ulteriore sviluppo epidemico.

La conclusione di questa breve rassegna non può essere che una: quella cioè di constatare la mole imponente di proficuo lavoro espletato nel corso di pochi anni, con quella dovizia di resultati che solo la poderosa attrezzatura scientifica del nostro secolo rende possibile di ottenere.

Il futuro è per certo, anche in questo campo della profilassi antidifterica, pieno di incognite e di promesse; ma quel che sembra costituire la realtà avvenire, possiamo ancora oggi ritrovarlo nelle idee espresse dal Behring all'inizio dei suoi studi, allorquando scriveva, con convinzione direi quasi profetica: « erscheint die Hoffung mehr und mehr berechtigt, dass in nicht zu ferner Zeit die Diphterie, in ähnlicher Weise wie die Pockenkrankheit, aufhören wird eine Volkskrankheit zu heissen ».

BIBLIOGRAFIA.

Aldershoff. *Ongevellen na actieve onvatbaarmaking tegen diphtérie met toxine-antitoxinemengels.* Nedermandsch Tijdschrift voor Geneeskunde, 13 ott. 1928.

Banus. *Les bases scientifiques de la proph. antidipht. moderne.* Rev. Intern. d'Hyg. publ., 1921, p. 424.

Bazan. *Vacunacion antidift.* Arch. Lat.-Am. de Péd., t. XX, n. 12, 1926.

Behring. *Antid. Prof.* Deut. Med. Woch., 8 giugno 1913.

Id. *Ueber das zustandekommen des Dipht. Imm. etc.* Deut. Med. Woch., 1890, p. II.

Behring's. *Gesammelte Abhandlungen.* Bonn, 1915.

Bergovici. *La necessité de rendre obbligatoire pour tous les enf. la V. A. par l'anat.* La Médecine, n. 15, dec. 1928, pag. 1194.

Bertoye. *Vaccinoth. antidipht. chez l'adulte par l'anat.; incidents et resultats.* Soc. Méd. des Hôp. de Lyon, 17 aprile 1928.

Bessemans. Rif. in Journ. A. M. A., 4 dic. 1926.

Bessemans e Borremans Ponthière. *Contrôle exp. de l'effet de la V. A.* Scalpel, 8 luglio 1922, p. 653.

Bessemans, Lacomble e Guillaime. *Resultats immediats et V. A.* Liège Méd., 16 luglio 1922, p. 986.

Beutter. *Instructions p. l'emploi de l'a. d.* La Loire Méd., n. 6, 1928, p. 284.

Beutter e Emeric. *A propos de la V. A.* Ibid., n. 48, 1926.

Bischoff H. Monatschrift f. Kinderheilkunde, giu. 1928.

Blanton e Servard. *A case of Serum Sickness following diphteria toxin-antitoxin.* Virginia Méd., n. 6, 1927.

Bocchini. *Tentativi di immunizzazione con l'an. per via nasale.* Pediatria, 1928, p. 883.

Brouchon. *Vacc. antid. par l'anat. dans les écoles de Besançon.* Th. de Paris, 1927, n. 123.

Buston e Löwenstein. *Proph. Antidipht.* Zeits. f. ges. exp. Med., 1920, t. II, p. 337.

Clarence, Scoman e Alton Pope. *Dipht. Imm. in Providence.* Journ. A. M. A., n. 8, 1927, p. 563.

Comby. *La vacc. antid.* Arch. Méd. des Enfants, 1925, p. 114.

Darrè, Loiseau, Lafaille. Imm. Antid. par l'anat. Bull. Soc. Méd. des Hôp. Paris, 22 mag. 1924.

Id. Id. Id. *Durée de l'imm. active conferée par l'anat.* Ibid., n. 13, 1925.

Id. Id. Id. *Imm. antidipht. par l'anat.* Ibid., n. 17, 9 mag. 1924.

Id. Id. Id. *Hypersensibilité des convalescents de dipht. à l'anat.* Ibid., 24 luglio 1924.

Id. Id. Id. *Imm. Antidipht. par l'anat.* Ibid., 16 mag. 1924, p. 729.

Id. Id. Id. *Persistance du pouvoir antitox. du sérum des vaccinés etc.* Ibid., 1925, p. 656.

David Klein, Lamblin. *Notes sur une série de vacc. pratiquées avec l'anat.* Journ. Sciences Méd. de Lille, n. 48, 1928.

Delbecq. *Resultats de la vacc. antidipht. par l'anat.* Ibid., p. 393.

De Elizaide. *Immuniz. activa contre la dipht.* Arch. Lat.-Am. de Ped., 1921, p. 650.

D'Hour. *Étude sur la v. a.* Th. de Paris, février 1925.

Diehl. Minnesota Med., sett. 1926.

Etchegoin. *Immun. antid. par l'anat.* Semaña Med., Buenos Aires, 1924.

Faberi M. *La vacc. antid.* Policl., Sez. prat., 1925.

Finat. *Vacc. par l'anat. dans les milieux Hôp.* Thèse de Paris, 1925.

FISCHL. Wien. Klin. Woch., 8 luglio 1928.
FITZ-GÉRALD. *L'anat. au Canada* Ann. Inst. Past., n. 9, 1928.
FLANDIN. *Deux expér. en grand de vacc. contre la dipht. par l'anat.* Soc. Méd. des Hôp. Paris, 30 apr. 1926, p. 691.
FONTEYNE. *La vacc. contre la dipht. par l'anat.* Le Scalpel, 8 gen. 1927.
FUERST. Klin. Woch., 22 ott. 1928.
FRANKL, HERZIG, NOBEL. *Ueber die Imm. gegen Dipht. mit dem Ramonschen Anat.* Wien. Med. Woch., 8 sett. 1928.
FRONTALI G. *Imm. passiva contro la dift.* X Congr. Ped. Ital., 1922.
GATEWOOD e BALDRIDGE. Journ. A. M. A., 2 aprile 1927.
GÉRALD. *Dipht. toxoid as immun. agent.* Canadian Med. Ass. Journ., n. 5, 1927, p. 524.
HARVIER e REQUIN. *Imm. antid. par l'anat. en milieu scolaire.* Bull. Gen. de Ther., 1926, pagina 326.
ID. ID. *Essai d'imm. antid. par l'anat. en milieu scolaire.* Evol. Ther., 1927, p. 126.
HENSÉVAL. *Vacc. antid. à l'aide du melange toxine-antit.* Bull. Acc. R. de Méd. de Belgique, sett. 1921, p. 346; Ibid., marzo 1923, p. 161.
HUBER JULINE. *Vacc. Antid. par l'an. de Ramon.* Journ. de Méd. e de Chir., 10 mar. 1928, p. 172.
LARSON, HANCOCK, EDER. *L'anat. dipht.* Proc. of the Soc. for exp. Biol. a. Med., 1925, p. 532.
LEREBOUILLET. *La vacc. antid.* La Science Méd., dic. 1925.
ID. *La vacc. Antid.* La vie Méd., 10 mar. 1928.
ID. *L'imm. spontanée et provoquée contre la dipht.* Revue de Path. comparée, 20 gen. 1925.
ID. *Persistance de l'imm. par l'anat.* Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1925, p. 567.
LEREBOUILLET, JOANNON e BOULAUGER-PILET. *L'anat. dans. la proph. de la dipht.* Presse Méd., 15 agosto 1925.
LEREBOUILLET, BOULAUGER-PILET e GOURNAY. *Pratique de la proph. actuelle de la dipht.* Journ. Méd. Franç., 1926, p. 404.
ID. ID. ID. *Résultats de la v. a. par l'anat.* Evol. de la Thér., 1927, p. 126.
ID. ID. ID. *Résultats, ecc.* Bull. Soc. Hôp. Paris, 30 apr. 1926.
LEREBOUILLET e JOANNON. *Durée de l'imm. conferée par l'anat.* Ibid., 23 mag. 1925.
ID. ID. *Imm. antid. de l'enfant par l'anat. Allergie et réaction.* Ibid., luglio 1924, p. 1123.
ID. ID. Ibid., 1925, n. 21.
ID. ID. Ibid., 1926, n. 17.
ID. ID. Ibid., 30 aprile 1926.
LESAGE. *Note sur la vacc. antid. à l'Hôp. Herold.* Ibid., 4 ott. 1927.
LESNÉ. *La v. a. par voie nasale.* La Clin. apr. 1928.
LESNÉ et MARQUÉZY. *La v. a. par voie sous-cutanée et nasale.* La Péd. prat., 25 nov. 1927.
LESNÉ, MARQUÉZY, LEMAIRE et MONMIGNANT. *L'imm. antidipht. par voie nasale chez l'enfant.* Soc. Biol., n. 15, 1927, p. 1205.
LEVIEZ. *Vacc. par l'antid. de Ramon.* Th. de Paris, 1926.
LOEWENSTEIN. *L'imm. con l'anat. atossica.* Deut. Med. Woch., 21 lug. 1921.
MAFFANG. *La vacc. Antid.* Thèse de Paris, 1926, n. 658.
MARIE. *Vacc. Antid.* Presse Méd., 28 feb. 1925.
MARTIN. *Sur l'imm. antid. avec l'anat.* Bull. Acc. Méd., Paris, n. 18, 1924, p. 523.
ID. *Sur l'imm. antid. avec l'anat.* Ibid., 29 aprile 1924.
MARTIN, LOISEAU, LAFAILLE. *Imm. par l'anat. dans les milieux scolaires, etc.* Ibid., n. 17, 14 maggio 1925.
ID. ID. ID. *Essais d'imm. des collectivités ecc.* Ibid., 12 giu. 1925.
ID. ID. ID. Ibid., t. XLIX, n. 21.
ID. ID. ID. Pédiatrie, nov. 1928, p. 253, e Bruxelles Méd., 5 giu. 1927.
ID. ID. ID. Ann. Inst. Pasteur, n. 9, 1928.
MARTIN e LOISEAU. *Imm. antid. par l'anat.* Journ. Méd. Franç., ott. 1924, p. 400.
MAYER. *Verhalten der Dipht. Bacillenträger zur Schickscheureaktion.* Klin. Woch., 19 marzo 1926.
MALONEY e FRASER. Ann. Inst. Pasteur, n. 11, novembre 1928.
MIRAULT. *Proph. de la Dipht. en milieux contaminés par l'anat.* Th. de Paris, 1926, n. 641.
MONMIGNANT. *Imm. antid. par voie nasale.* Th. de Paris, éd. Vigné.
MORENO DE VEGA. *Proph. Antidipht. Rinovacc.* Real. Acc. Nat. de Méd., 11 feb. 1928.
MOZER. *Douze mois de vacc. par l'anat. a l'Hôp. de Berck.* La Méd. infant., genn. 1927.
MOZER e COFINO. *Trois années de prat. de vacc. par l'anat. a l'Hôp. de Berck.* Soc. Méd. Hôp., Paris, 19 ott. 1928.
NECHTCHADIMENKO. *Action preventive de l'a. d. par la trachée chez l'animal d'experience.* Soc. Biol. Séance, 14 mag. 1927.
ID. *Action preventive de l'a. d. par la trachée chez l'animal d'experience.* Soc. Biol. Séance, 14 mag. 1928.
NOBEL. *La v. a.* Sém. Méd., 1928, p. 1433.
OPITZ. *Prof. antid.* Berl. Klin. Woch., 19 dicembre 1921.
ID. *Imm. antid.* Jahrb. f. Kinderheilk., 1920, vol. 92, p. 89.
ID. Ibid., 1922, febbraio, vol. 97.
PARK e ZINGHER. *Immunity results obtained with Dipt.-Toxoid, ecc.* Am. Journ. of Dis. of Children, 1924, ottobre, p. 464.
PHILIBERT. *Anat. de Ramon.* Clin. et Lab., 1925.
PIERRET et BRETON. *Anat. et proph. de la dipht., en particulier chez l'enfant.* L'Echo Méd. du Nord, 9 apr. 1927.
PINCHERLE. *Imm. attiva contro la dift.* X Congr. Ital. di Ped., 1922.
POREZ. *La v. a. dans les écoles de Lille.* C. R. Soc. Méd. du Nord., ott. 1923.
ID. *La v. a. dans les écoles de Lille.* L'Echo Méd. du Nord, n. 49, 17 nov. 1928.
POTTER (DE). *La v. a. au moyen de l'anat. dans un milieu scolaire.* Soc. R. de Méd. de Gand, dec. 1928.
POUZIN-MALEGUE. *La pratique de la v. a.* La Sc Méd. prat., 15 nov. 1928, p. 433.
PROGULSKY e REDLICH. Wien. Klin. Woch., 3 marzo 1927.
RAMON. *L'anat. dipht.* Soc. de Biol., 1923.
ID. *L'anat. dipht.* Ann. Inst. Pasteur, 1923, pagina 1001.
ID. *La floculation dans les mélanges de toxine et de sérum antid.* Ibid., dic. 1923.
ID. *Mode de préparation de l'a. d.* Acc. des Sc., 1923.

RAMON. *Les anat.* Paris Méd., 6 dic. 1924.
ID. *Les anat.* C. R. Acc. des Sc., 23 apr. 1924.
ID. *Sur la tox. e l'anat. dipht. Pouvoir floculant et proprietés immunisantes.* Ann. Inst. Past., gen. 1924.
ID. *Sur les proprietés de l'a. d.* C. R. Ac. des Sc., 1924; Presse Méd., 16 ag. 1924.
ID. *La floculation et l'anat.* Ann. Inst. Pasteur, t. XXXVII, 1924, p. I.
ID. *L'anat. dipht.* Ibid., t. XXXIX, p. 2, 1925.
ID. *Sur l'anat. dipht. ecc.* Ibid., gen. 1925.
ID. *Sur la nature de l'anat.* C. R. de la Soc. de Biol., 23 mag. 1925.
ID. *Sur la production de l'anat.* Ibid., 1925, n. 26.
ID. *Contrôle de l'anat.* Presse Méd., 4 feb. 1925.
ID. *L'anat. dipht., ses proprietés, ses applications.* Ann. Inst. Past., n. 9, 1928.
RAMON, CERRUTI e MADON. *La v. a. con l'anat.* Minerva Medica, 31 mar. 1928, p. 505.
RAMON, GRASSET. C. R. Soc. Biol., 10 dic. 1926.
ID. ID. *V. a. par voie orale.* Ann. Inst. Past., 1927, n. 8.
RAMON, ILLINGWORTH HELIE. Journ. A. M. A., 6 ott. 1928.
RAMON, ZOELLER. *Vacc. par vacc. associés.* Paris Méd., 15 gen. 1926.
RATHELOT. *Ler réactions immediates de la v. a.* Marseille Méd., n. 35, 1928, p. 768.
REDLICH e RONCHI. *La reazione all'anat. dift. secondo Zoeller nei bambini sani e nei malati.* Pediatria, 1 ag. 1925.
REITER e SOLDIN. Deut. Med. Woch., 6 ag. 1926.
RENAULT. *La v. a.* Bull. Méd., 30 giu. 1928, p. 735.
RENAULT e LÉVY. *V. A.* Presse Méd., 15 lug. 1922.
ID. ID. *La v. a.* Ann. de Méd., ottobre 1924.
ID. ID. *Sur un nouveau procedé de v. a.* Bull. gen. e thérap., 1922.
ID. ID. *L'imm. antid. par les vaccins hiponeutralisés.* Acc. Méd., 26 feb. 1924.
RHOADS. *Commercial preparations of dipht. t.-a. Journ. A .M. A.*, 28 gen. 1928, p. 254.
RIBADEAU-DUMAS e CHABRUN. *Imm. active antidipht. du nourrisson.* Bull. Soc. Méd. Hôp., Paris, 23 lug. 1926.
RIBADEAU-DUMAS, LOISEAU e LACOMBE. *La v. a. du nourrisson.* Ibid., 10 lug. 1925, p. II, 21.
ROUBINOVITCH, LOISEAU e LAFAILLE. *Imm. antidipht chez l'enfant avec l'anat.* Ibid., 23 maggio 1924, p. 782.
ID. ID. ID. *Sur la durée de l'imm. active aprés v. a. par l'anat.* Evolution thérapeutique, 1927, p. 126.
ROUECHE. *Pratique de la vacc. contre la dipht.* Journ. de Méd. de Paris, agosto 1928, p. 662.
SACQUÉPÉE. *Sur la prophil. de la dipht. dans les collectivités.* Méd. Scolaire, 1 gennaio 1924, pp. 21-24.
SALMON. *La v. a. à Boulogne sur Mer.* Echo Méd. du Nord, 27 ott. 1928.
SCHICK (BELA). *Die Diphterie intrakutanreaktion.* Wien. Med., n. 23, giugno 1927.
SCHOLZ. *La v. a.* Deut. Med. Woch., 23 giu. 1923.
SCHREIBER. *La v. a. préventive.* La Puériculture, giugno 1928.
STEWART C. A. Journ. A. M. A., 16 apr. 1927.
TANON. *Instruction pour la v. a. au moyen de l'anat.* Maroc. Méd., 15 mag. 1928, p. 157.
TONINA e MONTANARO. Semaña Medica, 15 apr. 1926.
VERDEAU. *Proph. de la dipht.* Journ. de Méd. de Bordeaux, nov. 1924.
VIGNE e CRÉMIEU. *La v. a. par l'anat. dans les éc. Mun. de Lyon.* XV Congr. d'Igiene, 16-18 ottobre 1928, Parigi.
WEILL, HALLÉ e LAULERIE. *La proph. antid. par la vacc.* Journ. Méd. Franç., 1920, p. 9.
ZDRODOWSKY e HALIAPINE. Ann. Inst. Past., 11 novembre 1928.
ZINGHER. Journ. A. M. A., 1927, p. 49.
ZOELLER. *La vacc. par l'anat. chez l'adulte.* Bull. Soc. Méd. des Hôp., Paris, 15 mag. 1924.
ID. *La receptivité et l'immunité dans la dipht. L'allergie dipht.* Presse Méd., 27 sett. 1924, p. 779.
ID. *La v. a. en milieu épidémique.* Acc. de Méd., 2 dic. 1924.
ID. *L'allergie diphterique.* Soc. Méd. des Hôp., Paris, 1924, p. 1191.
ID. *L'anatoxi-réaction.* Ibid., 1924, p. 1032.
ID. *Résultats éloignés de la v. a. par l'anat.; la notion de réactivité.* Ibid., 15 mag. 1925, p. 744.
ID. *La v. a. des très jeunes sujets.* Ibid., 31 luglio 1925.
ID. *Usage de l'anat. dans les vaccinations.* Soc. Biol., 25 gen. 1926.
ID. *La v. a. par l'anat.* Bull. Acc. Méd., 9 marzo 1926.
ID. *La v. a. par l'anat.* Presse Méd., n. 42, 1926.
ID. *La vacc. contre la dipht.; ses conditions biologiques.* Presse Méd., 19 mag. 1927, p. 40.
ID. *Les v. a. préventives au point de vue biologique, médical et social.* Bruxelles Méd., n. 32, 1928, p. 1034.
ID. *De l'emploi des vaccinations (Tab. + Anat).* Bull. Acc. Méd., n. 36, 1928, p. 1070.
ZOELLER e MANOUSSAKIO. *Rapport de l'anatoxi-réaction avec les germes diphteriques.* Bull. Soc. de Biol., 9 mag. 1925.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DI SANTO SPIRITO - SALA GENGA
Primario: Prof. G. ANTONELLI.

Stasi biliare e bile bianca.

Dott. LUDOVICO PATERNI, aiuto.

M. P. di anni 67, bracciante. Nulla nel gentilizio. Nulla di famigliare; modico bevitore e fumatore. Nega qualsiasi precedente morboso degno di nota, comprese le affezioni venereo-luetiche.

L'attuale malattia ebbe inizio due mesi or sono con una crisi dolorifica all'ipocondrio destro, irradiazioni alla spalla destra, vomito, modica febbre.

I disturbi continuarono circa 10 ore; quindi cessarono completamente. Il P. dopo pochi giorni potè riprendere le sue ordinarie occupazioni.

Un mese fa nuovo attacco dolorifico con gli stessi caratteri; questo secondo attacco fu più lungo e dopo di esso rimase uno stato di dolenzia diffusa all'ipocondrio destro, che non è più scomparsa completamente. Insorse modica febbre ed il P. si accorse di essere divenuto itterico.

Nei giorni successivi l'ittero si intensificò; le urine divennero molto scure, le feci divennero bianco-cretacee. Il paziente cominciò ad avvertire prurito, senso di astenia generale, disappetenza, difficoltà nella digestione e dovette abbandonare il lavoro.

La dolorabilità all'ipocondrio destro rimase continua, con esacerbazioni abbastanza frequenti, che però non assunsero più il carattere delle coliche sopradescritte. Frequenti rialzi termici specialmente nelle ore serotine. Il P. dice di essersi notevolmente dimagrato. Entra in corsia il 10-9-1927.

E. O. Condizioni generali discrete, ittero intenso universale, con segni di grattamento al petto e agli arti. Non edemi; scarso pannicolo adiposo. Masse muscolari discretamente sviluppate ma flaccide. Nulla a carico del sistema scheletrico.

Lingua impatinata, umida. Ittero della mucosa orale. Polso uguale e ritmico, a media pressione, frequenza 60. Nulla di notevole a carico del respiro.

Apparato linfo-ghiandolare: scarsi nodi piccoli e medi nelle stazioni inguinali e latero-cervicali.

Torace: nulla di notevole alla percussione ed ascoltazione.

Cuore: deborda appena a destra dal margine sternale, a sinistra nei limiti. Nulla all'ascoltazione all'infuori di un discreto rinforzo del secondo tono aortico

Arterie superficiali: in vari tratti serpiginose e dure.

Addome: normale per forma e volume.

Assenza di reticolo venoso. Vivo dolore alla pressione sulla zona pancreatico-coledocica di Chauffard. Non difesa muscolare, nessuna abnorme formazione palpabile in detta zona.

Fegato: deborda tre dita dall'arco costale, duro, a superficie liscia, margine tagliente. Il bordo inferiore risale obliquamente in alto e all'interno, incrociando la linea mediana tre dita sopra l'ombellico e nascendendosi sotto il bordo costale sinistro tre dita all'esterno della parasternale sinistra. In corrispondenza al quadrante superiore destro dell'addome si palpa una formazione globosa, piuttosto molle, del volume di un mandarino, perfettamente spostabile coi movimenti del respiro. La formazione si nasconde verso l'alto sotto il margine epatico ed è chiaramente riconoscibile per la cistifellea. La palpazione di quest'organo dà solo scarsa dolenzia. Non si palpa alcun impacco locale, non si percepisce confricatio calcolosa.

Dolente alla pressione il punto frenico destro, il punto di Binet ed il punto scapolo-apexiano.

Milza: non si palpa, in alto si delimita alla nona costola sull'ascellare media.

Sistema nervoso: nessun deficit motorio nè sensitivo. Riflessi profondi degli arti inferiori assai deboli.

Sangue: reaz. di v. den Bergh diretta pronta + + +, indiretta + + +. Dosaggio: 0.053 ‰.

Urine: alb. 0.70 ‰, glucosio ass., indacano tracce minime, acetone tracce, pigmenti biliari presenti in forte quantità, sali biliari: R. di Hay + + +, R. di Pettenkofer + + +. Sedimento: cilindri granulosi tinti di bile, rare emazie.

Feci: di colorito cretaceo, assenza di stercobilina e stercobilogeno. All'esame microscopico goccciole rifrangenti di grassi neutri in discreta quantità. Ricerca dell'amilasi (metodo Goiffon, Tallarico) con 2 cmc. di feci diluite al 5 % si ottiene già dopo 20' una notevole reazione bleu al liquido di Lugol. Prova dei nuclei (Schmidt) mette in evidenza la perfetta digeribilità di questi. R. del guaiaco e della benzidina negative per emorragie occulte.

Colecistografia: col metodo della tetraiodoftaleina (via gastrica) viene eseguita la radiografia della cistifellea. Questa appare appena visibile nel suo contorno globoso caratteristico ed è notevolmente dilatata. Non si mette in evidenza nessun segno chiaro di presenza di calcoli.

Decorso. — Il P. venne tenuto per una diecina di giorni in osservazione. Le ricerche soprariferite furono in gran parte ripetute per numerose volte e sempre con risultati costanti.

Il P. si lamentava sempre di dolenzia diffusa all'ipocondrio destro, ma sopratutto in corrispondenza della regione pancreatico-coledocica di Chauffard. Non si ebbero mai esacerbazioni critiche. Rialzi termici irregolari, di modica intensità (37.8) quasi quotidiani. Il dimagramento andò progredendo.

Diagnosi clinica. — Era chiara la diagnosi di occlusione cronica del coledoco, il punto delicato da risolvere era il dato etiologico.

L'età, il dimagramento, la presenza di una notevole tumefazione della cistifellea, parlavano per il neoplasma. La presenza di notevole quantità di amilasi nelle feci, la digeribilità dei nuclei muscolari, l'assenza del caratteristico ittero « verde scuro » tendevano a far escludere il neoplasma della testa del pancreas. L'assenza di vomito, ectasia gastrica, emorragie intestinali, erano contro il cancro duodenale. Rimanevano in discussione il tumore proprio del coledoco e la calcolosi.

In favore di quest'ultima erano la storia tipica di coliche epatiche, l'insorgenza dell'ittero dopo una di queste crisi, la presenza dei noti punti dolorosi, e, nonostante l'età, il dimagramento, la presenza di una grossa cistifellea, l'assenza di dati probativi ottenuti alla colecistografia, fu fatta diagnosi di *ostruzione calcolosa del coledoco* ed il malato fu trasferito in chirurgia.

Ulteriore decorso. — Il giorno dopo il trasferimento insorse febbre elevata (massimo 40°), a tipo fortemente remittente; le condizioni del paziente andarono rapidamente aggravandosi, e dopo 5 giorni si ebbe il decesso senza che l'intervento operativo si fosse potuto effettuare. Il tasso bilirubinemico il giorno precedente il decesso fu di 0,044 ‰.

Autopsia. — Fu possibile soltanto una autopsia parziale. I dati che risultarono furono i seguenti:

Notevole dilatazione del coledoco e dell'epatico: il primo presentava un calibro superiore a quello di un dito pollice. La cistifellea anch'essa notevolmente ingrandita con un volume corrispondente a un grosso mandarino. Modico ispessimento della parete sia della cistifellea che del coledoco con opacamento della loro superficie esterna.

Aperto il duodeno, la papilla si mostra perfettamente pervia, il pancreas non presenta alterazioni degne di nota, nessuna traccia di tumore o di calcolo in corrispondenza alla papilla. Nel resto del tratto d'intestino che fu potuto ispezionare (fino al colon trasverso compreso), non furono rinvenuti calcoli biliari; aperto il coledoco e la cistifellea fu constatata l'assenza di tumori o di calcoli e sorprese la presenza di un liquido bianco sporco leggermente lattesciente che, invece della bile, riempiva totalmente il coledoco, la cistifellea, il cistico (che era pervio) ed in parte l'epatico. Il liquido raccolto in un bicchiere era nella quantità approssimativa di 380 cmc.

Il fegato era notevolmente ingrandito, di colorito itterico. La sua superficie cosparsa di piccole

aree irregolari giallastre, riconoscibili per ascessi multipli. Alla superficie di taglio ittero intenso con scolo di bile abbondante, mista a pus; parecchi degli ascessi soprariferiti presentavano una tinta verdastra biliare.

All'esame del liquido estratto dalla cistifellea e grosse vie biliari si riscontrarono i seguenti dati:

P. S. 1010. Rivalta negativa. Albumina 1.45 ‰. Mucina in scarsa quantità. Cloruri 7.10 ‰. Pigmenti biliari assenti. Sali biliari assenti, Colesterina assente. Esame microscopico del sedimento dopo centrifugazione: rari corpuscoli di pus, cellule di aspetto epiteliale in discreto numero più o meno disfatte, cristalli di acidi grassi.

Diagnosi anatomica. — Reperto di stasi meccanica a carico del coledoco, cistifellea e fegato, senza ostacolo dimostrabile. Idrope della cistifellea e grosse vie biliari estraepatiche. Ascessi multipli del fegato a probabile punto di partenza dalle fine vie biliari.

Condivido perfettamente con Alzona l'opinione di ritenere inesatta la denominazione di bile bianca applicata ad un liquido che della bile non ha altro che la sede, e di considerare meglio appropriate le dizioni di idrope vescicolare o idrope totale delle vie biliari applicate da Berg.

Nel caso di questo lavoro si trattò di idrope totale delle grosse vie biliari extraepatiche e cistifellea.

I caratteri della cosidetta bile bianca secondo analisi eseguite in precedenza da Gosset, Loewy, Daniel e Barès, Alzona, Petrescu, Tanasescu, così si riassumono: P. S. 1004-1015, albumina da tracce a 6-7 ‰, mucina da tracce a 8 ‰, cloruri 6,43-8,79 pigmenti, sali biliari, colesterina assenti.

Nel caso di questo lavoro nessuna traccia fu rinvenuta di pigmenti e sali biliari. La quantità di albumina fu di 1.45 ‰ peso specifico di 1010, la reazione di Rivalta (non mi risulta che sia stata precedentemente applicata da altri Autori) fu negativa. I cloruri ascendevano a 7.10 ‰. Nel sedimento solo rari corpuscoli di pus e cellule di tipo epiteliale.

Si trattava dunque di un liquido che nessun carattere più aveva della bile come non presentava alcun carattere ravvicinabile ai comuni liquidi infiammatori.

Quest'ultimo dato di fatto appare in contrasto con la presenza di ascessi multipli constatati nel fegato.

Circa l'assenza di cause dimostrabili dell'ostruzione del coledoco è interessante richiamare gli studi di Westfall e le tendenze che gli studi costituzionalisti hanno determinato in questo campo di argomenti.

Secondo l'Autore summenzionato, la muscolatura della porzione inferiore del coledoco andrebbe distinta in una porzione duodenale e nel vero sfintere di Oddi situato nella papilla. L'innervazione di questi due sistemi di musculature sarebbe antagonista. Il vago avrebbe azione eccitomotoria sulla porzione duodenale e insieme sulla cistifellea, il simpatico avrebbe azione inibitoria sulla stessa porzione duodenale ed eccitomotoria per lo sfintere. Questi dati, desunti da numerose esperienze sugli animali, spingono l'autore a calcare l'importanza dei fenomeni neuro-ipertonici specialmente in molti casi nei quali, nonostante l'esistenza di itteri a tipo di stasi completa, nonostante i reperti anatomici di stasi nel fegato, non si dimostrarono cause meccaniche sufficienti a rendere ragione dell'occlusione delle vie biliari.

Alzona ribadisce questi concetti e porta il contributo diretto di un caso con sindrome di occlusione del coledoco (e bile bianca), nel quale un minuscolo tumoretto situato presso lo sbocco di questo canale, non appariva sufficiente a spiegare la ostruzione, senza l'ausilio di fenomeni neuro-spastici.

Tali fenomeni si collegherebbero a quegli stati di vagotonismo che agendo sugli elementi contrattili della cistifellea e vie biliari, sarebbero a base delle così dette coliche epatiche sine materia.

A parte le difficoltà dottrinali per ammettere questi concetti nel caso di questo lavoro sarebbe quanto mai arduo applicarli perchè non potè essere esclusa la emissione di un eventuale calcolo nei giorni immediatamente precedenti la morte e perchè non si potè mettere in evidenza alcun elemento capace di agire come spina locale di eccitazione.

Quanto alla genesi della bile bianca le opinioni sono varie e l'accordo definitivo è tutt'altro che raggiunto.

Courvoisier ritenne trattarsi di un grave deficit della funzione biliare delle cellule epatiche; ma questo modo di vedere ha avuto scarsi seguaci ed i reperti del caso descritto in questo lavoro costituiscono una smentita quasi perentoria.

In contrasto con la bile bianca delle grosse vie biliari e cistifellea, nel fegato esisteva una stasi pronunciatissima di bile perfettamente colorata e nel sangue una bilirubinemia molto intensa.

D'altronde il concetto della acolia pigmentaria deve esser tenuto ben distinto da quello della bile bianca; mentre nel primo caso si tratta delle estreme conseguenze della insufficienza epatica, coincidente con la diminuzione o scomparsa dell'ittero, della colemia ecc., nell'altro caso si tratta di un fenomeno che interessa non la ghiandola epatica, bensì le sue più grosse vie escretrici, ed è in rapporto alla loro chiusura.

Basta rimuovere l'ostacolo per vedere, dopo pochissimo tempo (mezz'ora, secondo Brunner) fluire di nuovo bile colorata nell'intestino.

Circa l'influenza della occlusione meccanica, questa rappresenta la condizione principale per

la produzione del fenomeno, ma certamente non è sufficiente.

In un recente lavoro ho avuto modo di eseguire in numerosi cani la legatura del coledoco ed ho osservato costantemente all'autopsia di questi animali un contenuto biliare del coledoco e cistifellea assai denso, spesso addirittura piceo. Questi dati concordano con esperienze simili di Petrescu e Joida e dimostrano come, in simili circostanze, le grosse vie biliari, la cistifellea soprattutto, compensino, per quanto è possibile, l'influenza della stasi con l'assorbimento dell'acqua, oltre che con la propria dilatazione. I pigmenti o non vengono assorbiti o vengono assorbiti in quantità assai meno notevole rispetto all'acqua.

Queste condizioni sono perfettamente opposte a quelle che si hanno nella così detta bile bianca (alto contenuto acquoso, assenza di pigmenti, ecc.).

McMaster e Rous, con legature parziali dei dotti biliari e del cistico, sarebbero riusciti a riprodurre nel cane qualche cosa di simile alla bile bianca; ma in esperienze di questo tipo, da me eseguite pure su cani (descritte nel summenzionato lavoro) non potei confermare questi reperti.

Quali sono allora le ragioni per le quali dinanzi alla stessa causa prima: stasi biliare, si istituiscono delle condizioni così profondamente diverse?

Interviene uno speciale coefficiente secretorio mucoso: ciò sostennero Kausch, Brunner, Bertog, Berg, ecc. Ma a parte la questione già mossa in Francia da Terrier, Mocquot, se si possa sempre parlare di secrezione mucosa quando la mucina è un elemento che spesso rilevasi allo stato di traccie nella bile bianca, appare strano o per lo meno poco consentaneo con le leggi economiche che regolano costantemente la fisiologia e la fisiopatologia animale, pensare come dinanzi ad un ostacolo meccanico al normale svuotamento la cistifellea e le grosse vie biliari — senza l'intervento di altri fattori — giungano ad aggravare le condizioni della stasi, aggiungendo una così abbondante secrezione alla bile stagnante.

Berg divide i soggetti in coleflussionari e mucoflussionari; nei primi, all'opposto dei secondi, si avrebbe una scarsa secrezione mucosa, una debole pressione nell'interno delle grosse vie biliari, una secrezione epatica più continua. I coleflussionari sarebbero in maggioranza, mentre i mucoflussionari sarebbero rari; cosicchè per la stasi meccanica del coledoco si avrebbe d'abitudine una colestasi, assai più raramente una mucostasi (bile bianca). Alzona traendo occasione dallo stesso caso sopra accennato unifica nello stesso concetto della vagotonia tanto lo spasmo muscolare delle vie biliari quanto l'ipersecrezione mucosa, connettendo così lo spasmo dello sfintere di Oddi colla bile bianca.

Ma nei riguardi della genesi di quest'ultima risulta molto difficile pensare come la secrezione mucosa (se mucosa è lecito sempre chiamarla) possa giungere a sostituirsi totalmente alla bile nelle grosse vie biliari e cistifellea, senza che sia possibile rinvenire in definitiva neppure traccie di pigmenti o di sali biliari.

Grosset, Loewy e Mestrezat, dallo studio del liquido che costituisce la così detta bile bianca, dai reperti anatomici di cistifellee prive di epitelio e ridotte a sacchi connettivali più o meno sclerotici, giungono al concetto della trasudazione. Ma è da domandarsi come si concepisce una tale trasudazione dal plasma sanguigno, quando, in casi, ad es. di occlusione del coledoco, nei quali si stabilisce l'idrope delle grosse vie biliari, si ha un così forte aumento della pressione nell'interno di queste vie, da determinare dilatazioni così cospicue.

La concezione che sembrerebbe più logica a seguire è questa: considerando l'occlusione meccanica del coledoco, si determinano, in casi specialissimi, nel liquido ristagnante condizioni che sono assolutamente opposte a quelle che abitualmente si osservano e che corrispondono a quelle della stasi sperimentale del coledoco. Come abbiamo detto sopra, in quest'ultimo caso, la bile si ispessisce, la concentrazione dei pigmenti si eleva, la bile diviene nera, picea; nel caso della bile bianca i pigmenti scompaiono al pari dei sali della colesterina e residua un liquido acquoso clorurato, frequentemente di basso peso specifico, a contenuto assai variabile di albumina e mucina.

A quale altro fattore, oltre la stasi, si devono queste condizioni così anomale e come esse si spiegano?

Il fattore infettivo messo in evidenza da Aschoff è certamente il più facile a pensarsi ed è quello che fino ad ora ha avuto le più attendibili conferme sperimentali. Aschoff vide come l'azione di germi attenuati possa determinare l'idrope della cistifellea dopo chiusura del cistico; più recentemente Ioida nella Clinica di Miake ha confermato tali reperti anche con legatura del coledoco.

Tanto Ioida come la maggioranza degli autori che seguono le vedute di Aschoff parlano essenzialmente di una flogosi con secrezione catarrale ma questa non basta a spiegare tutto se non si tiene il conto necessario dell'assorbimento.

Per le proprietà del liquido che costituisce la bile bianca dobbiamo ritenere che la infezione cambi profondamente le caratteristiche funzionali che a questo riguardo possiede la mucosa delle

vie biliari segnatamente della cistifellea, diminuendo le elettività di assorbimento per l'acqua permettendo il facile assorbimento dei pigmenti, sali e colesterina che in condizioni abituali è molto discusso.

Se noi allora consideriamo tanto nella occlusione del coledoco come della sola cistifellea, l'intervento della infezione come agente in due sensi, determinando da una parte una secrezione catarrale, e alterando dall'altra le proprietà assorbenti della mucosa se noi consideriamo la diversa importanza che possono assumere nei singoli casi questi due modi di azione, risultano facilmente spiegate non solo le principali proprietà della cosidetta bile bianca ma anche le oscillazioni del peso specifico, della percentuale di albumina, mucina ecc., senza creare due tipi diversi d'idrope (mucosa e trasudativa) come fecero Gosset, Loewy e Mestrezat.

Ma approfondendo ancora questi concetti sembrerebbe che l'importanza delle abnormi condizioni di assorbimento sia, in proporzione, maggiore di quella della secrezione a base flogistica, poichè nella maggioranza dei casi il liquido che costituisce la cosidetta bile bianca, ha proprietà molto lontane da quelle dei comuni liquidi infiammatori e spesso il suo contenuto di albumina e mucina è addirittura minimo.

Nel caso descritto in questo lavoro, l'assenza della reazione di Rivalta, la scarsezza di albumina, il basso peso specifico del liquido contenuto nella cistifellea e grosse vie biliari contrastava, come s'è detto, con la presenza degli ascessi multipli a carico del parenchima epatico.

Con tutta verosimiglianza si trattò di due processi diversi di infezione, un'infezione acuta virulenta finale, che fu la causa degli ascessi multipli nel fegato e della morte del paziente, l'altra più antica e attenuata con sede nelle grosse vie biliari e cistifellea, che fu la causa della bile bianca e probabilmente dei frequenti rialzi termici presentati dal paziente fin da prima del suo ingresso in Ospedale.

Non abbiamo elementi per decidere se l'infezione acuta finale sia stata una novella infezione o abbia avuto punto di partenza dalla infezione precedente.

BIBLIOGRAFIA.

1) F. ALZONA. *Bile bianca, Spasmo dello sfintere di Oddi.* Arch. di Patol. e Clin. Medica, 1924.
2) ASCHOFF, BACMEISTER. *Die cholelitiasis.* Jena, 1915.
3) BERG. *Beitrag zur Frage des Hydrops des gesammten Gallensystems.* Mitt. Grenzgeb. Med. Chir., Bd. 24, H. 2, 1912.
ID. *Beitraege zur Kenntniss gutartiger Stenosen d. Gallenwege.* Ark. f. Klin. Chir., Bd. 103, 1905.
4) M. CHIRAY et I. PAVEL. *La vésicule biliaire.* Masson, Paris.
5) COURVOISIER. *Kasuistisch-statistische.* Beitr. d. Path u. Chir. d. Gallenwege, 1890.
6) DANIEL e BABÈS. *Étude du tipe muquex de l'hydropisie de la vésicule biliaire.* Presse Méd., 1922, pag. 377.
7) GOSSET, LOEWY, MESTREZAT. *Sur la nature de la bile blanche dans les cas d'hydropisie de la vésicule.* Ibid., 1921, pag. 453.
8) IOIDA. Citato da PETRESCU.
9) KAUSCH. *Der Hydrops des gesammten Gallensystems.* Mitt. Grenzgeb. Med. Chir., Bd. 23, H. 1, 1911.
10) G. PETRESCU. *L'hydropisie de la vésicule biliaire.* Presse Méd., juin 1924.
11) PETRESCU e LAZARESCU. *L'hydropisie appendiculaire.* Ibid., 1925.
12) ROUS e MCMASTER. *Physiol. causes for the varied character of stasis bile.* Journ. Exper. Med., 1921.
13) ROUS, MCMASTER e BROWN. *Studies on the bile changes caused by a press. obstacle to secretion and on hydroepatosis.* Ibid., 1923, p. 685.
14) TERRIER. *Hydropisie de la vésicule biliaire.* Bull. Acad. Méd., 22 dic. 1890.
15) WESTPHAL. *Muskelfunktion, Nervensystem und Pathol. d. Gallenwege.* Zeit. f. Klin. Med., Bd. 96, 1923, pag. 22.

RIVENDICAZIONI.

La priorità della scienza italiana nello studio sperimentale e clinico della terapia epatica delle anemie.

La base sperimentale di quelle ricerche che hanno portato alla pubblicità mondiale la terapia del fegato nella cura delle anemie, e particolarmente dell'influenza talvolta prodigiosa che essa esplica sul decorso delle anemie perniciose, ha una storia progressiva e brillante che costituisce un merito eminente della scienza italiana.

Oggi come risulta dagli scritti e dai dati inconfutabili portati in campo da Maestri ed allievi che assisterono, sulla fine dello scorso secolo, ai primi germi di quelle geniali concezioni « sulla ematopoiesi e sull'influenza del fegato sulla rigenerazione ematica », che sorgevano precise nella mente di Pietro Castellino, è possibile affermare che la « ormonoterapia epatica » non può ridursi, come pretendono AA. americani, ad una rivelazione recente, iniziatasi soltanto nel 1920 nel campo fisiologico per opera del Wipple e Robcheit Robin con ricerche che la comparazione sorprende strettamente simili ed in gran parte anzi analoghe a quelle precedenti, già definite dalla Scuola del Castellino in ripetuti lavori, dei quali la pubblicazione del suo allievo Pirera nel « Tommasi » del 1912 costituisce una estesa documentazione. Questi AA. americani

che furono realmente i primi a riprendere all'estero un tale genere di ricerche non hanno pubblicamente tenuto conto di quanto era già stato fatto. Essi trovarono però dei continuatori immediati della loro opera nei clinici Murphy e Minot dell'Università di Boston che dimostrarono sull'uomo in molti casi di anemia perniciosa la serietà e la corrispondenza clinica dei princìpi enunciati.

In realtà la cura dell'anemia perniciosa per mezzo del fegato non è che l'episodio più brillante di una vasta concezione nella quale lo studioso, se non si arresta alla suggestività del risultato, ma scende ai particolari, indaga sulla genesi delle esperienze e delle idee, trova, ancora oggi che le ricerche si sono incredibilmente moltiplicate, nelle risultanze ottenute un trentennio fa dalla Scuola di Castellino, la documentazione prima e più scientifica dei rapporti tra fegato ed ematopoiesi.

Non ci si deve adunque limitare ai recenti dati sperimentali che un argomento così vasto fanno apparire circoscritto, è più opportuno compilare dei raffronti diretti sull'entità dei lavori italiani e americani: la documentazione del prof. Ferranini ha ormai deciso sulla corrispondenza e sul loro valore reciproco.

Può non parere sempre simpatico fermarsi a reclamare la priorità dei propri studi quando pure hanno per sè la forza della documentazione dei fatti.

« Le nostre scuole saranno solidali nella difesa della loro fatica » ammonisce Edoardo Maragliano, ed in tutta Italia si rivendica per questo la priorità della Scuola di Pietro Castellino, nello studio sperimentale e clinico del fegato e rigenerazione ematica, e come appunto è già stato fatto ad opera dei maggiori clinici e scienziati italiani è dovere rendere omaggio in tutti i giornali scientifici alla priorità di questa scoperta, fissando ancora una volta le date che costituiscono il reale cammino della storia.

Già nel 1896 Pietro Castellino nell'Istituto di Patologia Medica di Genova diretto dal Salvioli, aveva iniziato le ricerche intorno all'influenza del fegato sulla rigenerazione ematica. In seguito, continuò a sviluppare i suoi primi concetti, in progressiva relazione di tempo, con ricerche di fisiologia e patologia del fegato nei rapporti con l'ematopoiesi. Così lo vediamo con il Maragliano continuare in sua collaborazione quegli studi che portarono all'applicazione dell'opoterapia epatica nella tubercolosi e nelle ematopatie costituzionali, studi che il Maragliano stesso rivendica al Castellino in una sua lettera su « Riforma Medica » del gennaio 1929, insieme a quelli successivi da lui perseguiti.

Nel Congresso della Società Medica tedesca di Lipsia nel 1892 il Castellino a proposito di una discussione di problemi ematologici, richiamò l'attenzione sopra gli intimi rapporti che connettono il fegato alla funzione del midollo delle ossa e accennando l'importanza che spetta al fegato nelle ematopatie da insufficiente attività del midollo, veniva in seguito a sviluppare il suo concetto nei rapporti tra anemia e costituzione.

Continuò il Castellino i suoi studi nella Clinica di Queirolo, nella scuola di Patologia di Padova e finalmente a Napoli, direttore dell'Istituto di Patologia Medica, tra le ricerche sulla tossicità del siero di sangue, sulla nucleina, sui problemi costituzionali in rapporto al sistema sanguificatore ecc., venne a quella netta affermazione della opportunità della terapia epatica nelle anemie: concetto che resta documentato in una sua pubblicazione in « Vita Nuova » del 15 dicembre 1912.

Come ricorda il dott. Chillà nel suo articolo « Per una rivendicazione italiana sulla ormonoterapia epatica » nella stessa « Riforma Medica » del gennaio 1929, a Napoli nell'Istituto diretto dal Castellino vennero riprese le indagini e affidate in parte agli aiuti ed assistenti. Specialmente i proff. Pellegrini, La Franca e Pirera dedicarono la loro attività ai più svariati problemi di patologia epatica. Quest'ultimo ricercatore pubblicava, come abbiamo detto, sul « Tommasi » n. 26-27 nello stesso anno 1912 un esteso lavoro dal titolo « Intorno ad alcuni problemi recenti di patologia epatica » che portava un nuovo importante contributo alla fisiopatologia delle emopatie nonchè alla loro cura, passando dagli esperimenti sugli animali ai problemi dell'emopoiesi nell'uomo, con riusciti tentativi di rigenerazione ematica per mezzo della somministrazione di fegato nelle anemie patologiche e provocate.

Sono 10 capitoli di dense ricerche convergenti ad uno scopo, ma ognuno dei quali conclude con una precisa affermazione: alcuni indicano nuovi orizzonti sulla produzione dei sieri epatotossici e mielotossici e sulla loro azione alternata negli animali sani ed in quelli salassati a fegato leso, dimostrando quale importanza abbiano sulla rigenerazione del sangue gli epatotossici la cui azione dannosa sul midollo delle ossa può essere impedita dalla somministrazione di estratti epatici.

In base alle sue ricerche l'A. conclude che « l'indicazione della opoterapia epatica nelle anemie, specie se congiunte a meiopragia del

fegato, risulta giustificata » ed in questa breve concisa frase è incluso fermamente tutto il germe delle più recenti constatazioni anche nei riguardi della cura delle anemie a tipo pernicioso.

Nel campo clinico le ricerche venivano intanto portate su infermi oligoemici costituzionali, soggetti per lo più a tipo microsplancnico che vanno congiunti ad ipoplasia epatica, così da affrontare anche i più importanti problemi sui rapporti tra costituzione ed ematopoiesi rispetto alla funzione del fegato. Dalla scuola di Napoli venivano dunque confermati, alla luce di precisi e continuati studi del Castellino e dei suoi allievi, i limiti dell'indicazione e dell'influenza dell'opoterapia epatica negli stati anemici.

Soltanto 8 anni più tardi, nel 1920, mentre in silenzio il Castellino svolgeva e faceva continuare i suoi studi per la definizione più precisa delle ormai provate sue convinzioni, il fisiologo americano Wipple aveva campo di confermare una parte di queste ricerche nel corso dei suoi esperimenti sull'azione dei vari alimenti sulla rigenerazione sanguigna. Questo A. che salassando settimanalmente i cani produceva in essi una grave anemia secondaria e studiava con la somministrazione sistematica dei diversi tessuti dell'organismo la rispettiva influenza sull'impulso di produzione di gl. rossi e di emoglobina, giungeva a constatare come al fegato fosse dovuto il preponderante e massimo contributo. Fu gran ventura se le conclusioni di queste ricerche poterono essere applicate su vastissima scala per opera dei clinici Minot e Murphy i quali, come suole accadere nei grandi ospedali americani, ebbero campo di esperimentare quasi contemporaneamente su di un vasto numero di anemie a tipo pernicioso.

I risultati meravigliosi ottenuti costituiscono l'epilogo di questa lunga serie di ricerche; essi sono ormai noti al gran pubblico per quella serie di pubblicazioni che soltanto dopo il 1926 sono venute a contatto con esso, diffuse dalla stampa di tutti i paesi, poichè il successo clinico maggiormente si presta alla divulgazione di un grande principio.

Ma l'analisi dei fatti e la enunciazione delle date, senza scendere a commenti, riporta alla scienza italiana, e singolarmente a Pietro Castellino l'impostazione, lo studio coordinato e la soluzione d'importanti dati patogenetici ed etiologici sulle anemie e sulla epatoterapia. A lumeggiare questi princìpi affermati dal Castellino stesso fin dalla sua memoria del 1912 sono stati consacrati più di trent'anni di ricerca sistematica sperimentale e clinica la cui conclusione balza precisa in un armonico sviluppo di connessione.

Il Maestro italiano, ben definito dal Maragliano « spirito sereno disposto per innata bontà sempre all'indulgenza senza invidia e senza ipocrisia » ha ben diritto che venga riconosciuto il frutto del Suo ingegno di fronte a coloro che hanno dimenticato i Suoi lunghi e fondamentali studi su questo appassionante argomento.

R. GOSIO, Ass.
R. Clin. Med. della Univ. di Roma.

COMMENTI

Sulla cura ambulatoria delle ulcere varicose.

Il prof. De Gaetano fin dal 1924 (*Riforma Medica*, n. 43, anno XL) si è occupato, con profondità di vedute e con copia di osservazioni, della cura delle varici e pubblica ora (*Policlinico*, n. 4, 1929, sezione pratica) una lezione sullo stesso argomento.

Data la diffusione del « Policlinico » e la frequenza straordinaria delle lesioni da varici, credo utile ritornare sulla questione della loro terapia, tanto più che fin dall'aprile 1924, cioè diversi mesi prima del prof. De Gaetano, me ne occupai in una nota pubblicata dal « Risveglio Ostetrico » (Milano, n. 4, anno I).

Scrivevo allora che per la cura medica delle varici, l'unica che si imponesse in pratica, era concordemente prescritta la degenza a letto dell'infermo: a questo giudizio io mi ribellavo non solo per ragioni economiche (quale è quell'ammalato che per 30-60 e più giorni può fare a meno di accudire alle sue occupazioni?) ma perchè si ottengono, permettendo il moto all'ammalato « una modificazione ed un miglioramento costanti del circolo venoso ». Aggiungevo che dalla alterata meccanica circolatoria derivano tutti i disturbi trofici a carico dei tessuti nei territori percorsi dalle vene varicosate, mentre si impone di ridonare ai tessuti un buon substrato nutritizio e così giungere a curare radicalmente l'affezione.

Centinaia di casi, in parte curati assieme al dott. Nino Bertoni, mi permettevano allora di affermare la possibilità non solo, ma anche il dovere di imporre al malato la cura ambulatoria delle ulcere varicose; oggi i casi sono divenuti migliaia e sono lieto di aggiungere la mia modesta parola a quella del prof. De Gaetano.

Sull'argomento ritornerò ancora in un mio prossimo articolo sulla cura medica delle flebiti, che sarò ben lieto se potrà essere ospitato da queste colonne.

Dott. VITTORIO FORMENTANO, Milano.

SUNTI E RASSEGNE.

CAPSULE SURRENALI.

Il surrenaloma ipertensivo.

(H. VAQUEZ, E. DONZELOT ed E. GERAUDEL. *La Presse Médicale*, n. 11, 1929).

Il *surrenaloma ipertensivo* è caratterizzato clinicamente da una ipertensione arteriosa prevalentemente parossistica e anatomo-patologicamente da una neoformazione, senza tendenza alla generalizzazione, sviluppatasi alle dipendenze di elementi della capsula surrenale o di elementi similari (cellule ganglionari e paraganglionari).

A tale varietà di neoplasia si riferisce l'osservazione degli AA., che riguarda un uomo trentasettenne, in cui il tumore s'è manifestato con violenti parossismi d'ipertensione, cui seguì ipertensione arteriosa permanente e — quale episodio finale — uremia.

Non tutti i tumori che si sviluppano primitivamente alle dipendenze di elementi glandolari delle surrenali si accompagnano ad ipertensione arteriosa. Langeron e Lohéac infatti ne distinguono due gruppi: il primo comprende le neoformazioni che s'accompagnano unicamente ad ipertensione arteriosa; il secondo quelle che, pur dando più o meno delle modificazioni della pressione arteriosa, si manifestano clinicamente con una sindrome endocrina (insufficienza surrenale, addisonismo) o con una sintomatologia di tumore addominale o con metastasi multiple.

Dal punto di vista anatomo-patologico i tumori delle surrenali si distinguono in due tipi, a seconda che si sviluppano dalla sostanza corticale o dalla midollare. I primi sono i cortico-surrenalomi; i secondi, i midollo-surrenalomi o paragangliomi.

All'esame istologico il tumore osservato dagli AA. risulta un paraganglioma, che, per la sua manifestazione clinica, è stato definito *surrenaloma ipertensivo*.

Per spiegare l'ipertensione può essere invocata l'azione sinergica dello splancnico e dell'ormone.

I bruschi parossismi d'ipertensione si spiegherebbero nel corso d'un neoplasma della sostanza midollare delle surrenali da una parte per un'eccitazione del sistema simpatico e dall'altra per un aumento esagerato di secrezione di adrenalina, sia che questa secrezione abbia luogo sotto forma di rapide ed improvvise scariche, sia ch'essa si produca in maniera costante, ma che elevi progressivamente l'adrenalinemia fino a un tasso in cui la crisi si manifesta in modo quasi automatico.

Bisogna pertanto tener presente che certi tumori delle surrenali possono manifestarsi unicamente con profonde modificazioni della pressione arteriosa. Conviene quindi in presenza di una ipertensione parossistica *franca*, che si svolge cioè su un fondo di pressione normale, pensare sistematicamente a un tumore surrenale. E così anche in quelle forme di ipertensione permanente, che troppo spesso sono semplicemente classificate come *pure*.

Tali conclusioni indicano la condotta terapeutica. E poichè la cura medica dà scarsi risultati (indicata in certo modo potrebbe essere l'insulina per la sua azione antagonista a quella dell'adrenalina), è necessario — come insegnano i casi di Volhard e di Mayo — ricorrere all'intervento chirurgico.

C. GIACOBBE.

GINECOLOGIA.

I metodi di esplorazione radiologica in ginecologia. (Pneumoperitoneo. Iniezione opaca intrauterina).

(C. BÉCLÈRE. *Paris Médical*, n. 5, 1928).

L'A. fa rilevare come in ginecologia siano stati successivamente usati tre metodi: il pneumo-peritoneo, l'insufflazione tubarica, l'iniezione opaca nell'interno dell'utero e delle trombe.

Attualmente l'esplorazione radiologica con l'iniezione intrauterina di lipiodol risponde, senza danno alcuno, ottimamente allo scopo.

Usando il pneumoperitoneo si ha un'opacità minore intorno all'organo che si vuole studiare, mentre, con l'iniezione opaca, l'opacità è più forte.

Il pneumoperitoneo indica il contorno degli organi, mentre il contorno interno si conosce bene con l'iniezione opaca.

Di questi due metodi, il pneumoperitoneo è stato usato per il primo.

Esso è stato usato per la prima volta nel 1902 dal Lorey per la grande cavità addominale e in ginecologia dal Goëtze nel 1918.

Tale metodo fu perfezionato e usato molto in America e in Germania.

Il pneumoperitoneo presenta numerosi inconvenienti: puntura della parete addominale, iniezione di gas, mettere il paziente in posizione ventrale e declive, esporre il malato ai dolori forti che si hanno per lo spostamento del fegato. Vi sono registrati casi di morte, di lesioni intestinali, di enfisema sottocutaneo generalizzato, infezioni peritoneali e embolie.

Quantunque tale metodo sia stato da tutti quasi abbandonato, il Sante gli resta fedele, avendone praticati più di 100 senza alcun inconveniente.

L'insufflazione tubarica è stata preconizzata nel 1919 dal Ruben un ginecologo americano.

Si faceva così penetrare nell'addome il gas iniettandolo nel lume naturale delle trombe, mezzo ingegnoso per controllare la permeabilità tubarica.

Con tale metodo possiamo rilevare la permeabilità, ma anche conoscere la sede dell'ostacolo.

Spesso le iniezioni ripetute possono liberare le trombe un po' aderenti e verificarsi così la gravidanza. Nelle statistiche di Rubin e Graff si ha il 10 % di risultati positivi.

Le iniezioni opache sono state consigliate nel 1914 dal Cany in America, da Dartigues e Dimier in Francia.

Il metodo di radio-diagnosi ginecologica con iniezioni di sostanze opache si è sviluppato in 2 anni.

Il collargolo, il bromuro di potassio, il bismuto sono stati superati dal Lipiodol (1924).

L'A. sotto la guida di Gregoire, Proust ne ha studiati 120 casi, mettendo in evidenza la facilità, l'innocuità del metodo nonchè gli insegnamenti diagnostici e le deduzioni terapeutiche.

Per quello che si riferisce all'innocuità del metodo è opportuno rilevare che i diversi autori che lo hanno usato non hanno mai riscontrati inconvenienti di sorta.

L'A. 120 casi: Cotte 150.

L'iniezione di Lipiodol è ben tollerata, non determina temperature nè reazioni peritoneali. Con tale metodo possiamo avere le seguenti nozioni.

1) Situazione precisa degli organi; 2) disegno esatto della loro cavità; 3) conoscenza precisa della contrattilità delle loro pareti. Per quello che si riferisce all'utero, la cavità uterina normale veduta di profilo dà una larga imagine triangolare.

Nei casi di flessione in avanti o in dietro l'ombra si modifica. Il triangolo uterino è inverso, la sommità è in alto e la base è verso il pube.

Nei casi anormali lo studio di questa ombra fa conoscere la sede, la forma e il volume della cavità uterina, nonchè il contorno.

Le alterazioni del contorno ci fanno conoscere che esiste una lesione locale e ce ne precisa la sede e l'estensione.

Anche la contrattilità dell'utero è un buon sintomo per vedere se esistono cause locali di irritazione della mucosa.

Molto più importanti sono i dati forniti dalle iniezioni opache nelle trombe facendoci conoscere la sede, la lunghezza, il calibro.

Prendendo in considerazione le indicazioni e le controindicazioni si vede come le indicazioni sono molteplici, specie in ginecologia, dove l'esame radiologico trova la sua particolare indicazione nello studio della permeabilità tubarica, nella diagnosi dei tumori pelvici; per la ricerca delle cause delle metrorragie.

Le controindicazioni invece, sono rare (gravidanza, febbre, reazioni peritoneali, emorragie).

Per quello che si riferisce allo studio della permeabilità tubarica si nota come nei casi di sterilità persistente l'esame radiologico è indispensabile poichè esso solo può farci conoscere le condizioni anatomiche dell'utero e delle trombe.

L'iniezione dell'utero fa conoscere lo stato preciso dell'utero, e se esiste un utero bifido o doppio, mentre l'iniezione nelle trombe fa rilevare se sono permeabili o obliterate. Conoscendo la sede della obliterazione si può tentare una cura logica, riparatrice.

Nella diagnosi dei tumori pelvici l'esplorazione radiologica ha non poca importanza.

Nella maggior parte dei fibromi l'imagine dell'utero è ingrandita e deformata, raramente è diminuita; nelle altre tumefazioni pelviche (cisti e idrosalpingi) la cavità uterina si presenta normale per volume e forma.

Per la diagnosi nelle metrorragie si rileva che quando l'ombra uterina è netta, regolare, normale, sia di faccia che di profilo non vi è lesione locale e si può, quindi, tentare una cura medica; se si nota invece un contorno irregolare, un'immagine lacunare, esiste una lesione locale.

Per quello che si riferisce alla tecnica è opportuno che l'esame sia fatto in collaborazione tra il ginecologo e il radiologo, mantenendo le inferme in posizione supina per qualche ora dopo l'esame.

L'iniezione deve essere praticata sotto pressione, misurandola.

L'A. pensa che il metodo d'iniezione più sicuro e più semplice è quello praticato con sonde semplici di gomma, di vario calibro.

La radiografia si pratica in tutte e due le proiezioni.

T. LAURENTI.

Diagnosi precoce del cancro uterino.

(LABHARDT. *Schweiz. Med. Woch.*, n. 24, 1928).

Il numero delle donne che muoiono per questa malattia è ancora troppo alto, nonostante i soddisfacenti risultati del trattamento chirurgico e radioterapico. La causa principale è rappresentata, secondo l'A., dal ritardo della diagnosi che rende impossibile una cura efficace. Tale ritardo è il più delle volte dovuto alla indifferenza delle donne rispetto ai loro disturbi, od alla loro tendenza a ricorrere ai consigli delle levatrici e dei falsi medici. Per ciò sarebbe raccomandabile una attiva propaganda intesa a convincere le donne a rivolgersi *subito* al medico per i disturbi della sfera genitale. I medici pratici dal loro canto debbono mettersi in grado di dare un giudizio diagnostico precoce.

La sintomatologia iniziale del carcinoma uterino è quasi uniforme qualunque sia la sua localizzazione: il segno più importante è la irregolarità delle emorragie, varia a seconda che la donna è ancora mestruata o è in menopausa. Il cancro, pur riscontrandosi nel 3° decennio della vita della donna, aumenta nel 4° e raggiunge il massimo verso i cinquanta anni. Nella donna ancora mestruata si presentano, negli intervalli catameniali, emorragie irregolari della durata di uno o due giorni, talora

leggerissime, talaltra simili in tutto al flusso normale mestruale. Caratterizza l'emorragia il fatto che l'urto della parte malata, i rapporti sessuali, i premiti possono facilmente aumentarne l'intensità, per il fatto che l'azione traumatica si esercita sul tessuto carcinomatoso flaccido e molto irrorato. Nelle donne che hanno superato la menopausa le emorragie da cancro possono essere confuse con ritorni della mestruazione, ma a parte la rarità di un fatto simile dopo un lungo periodo di sospensione, una emorragia mestruale ha la durata di pochi giorni e non si prolunga capricciosamente per settimane intere. Questo segno è reso più incerto quando il tumore s'inizia nel periodo critico della menopausa, nel quale il ciclo mestruale è fisiologicamente irregolare. Però nel caso del cancro mancano gli intervalli netti della durata di parecchi giorni, e l'emorragia si interrompe solo per un giorno o due.

È importante ricordare che, almeno nel periodo iniziale, manca il sintomo dolore.

Altro segno precoce è invece costituito dal fetore del liquido che scola dalla vagina, sebbene ciò sia più proprio di un periodo successivo all'inizio.

Nei casi di cancri della *portio* si possono colla palpazione o meglio coll'esame speculare, distinguere forme proliferative verrucose, altre con ulcerazioni o con infiltrazione submucosa che determina un ispessimento di parte o di tutta la *portio*. Nelle forme verrucose la emorragia è facilissima al minimo trauma.

Nei casi dubbi sulla natura della proliferazione o dell'ulcera si deve praticare subito una escissione del tessuto per farlo esaminare microscopicamente.

Il cancro iniziale del canale cervicale, o del corpo, può non dare alcun segno nè alla palpazione nè alla ispezione. Si fonderà la diagnosi in tal caso sulle emorragie irregolari, e si cercherà la conferma dall'esame di materiale esportato con un raschiamento della cavità che in periodo iniziale non è pericoloso, se eseguito con una certa prudenza.

Nel maggior numero dei casi, dunque, sarà possibile la diagnosi precoce di un cancro dell'utero, a patto che il medico si senta obbligato a una pronta ed accurata esplorazione da ogni sintomo sospetto. Il rispetto di tale norma soltanto può portare ad un intervento terapeutico tempestivo, e per ciò suscettibile di felice esito.

A. PICCINELLI.

OTO-RINO-LARINGOLOGIA.

Emiparesi del velopendolo consecutiva ad angina necrotica.

(FABRONI M. *Il Valsalva*, anno V, n. 1, gennaio 1929).

Fino a poco tempo fa si ritenevano di origine difterica tutte le paralisi del velopendolo, consecutive ad angine. Ma recenti e rigorose statistiche dimostrano che il 10 % di paralisi del velo insorte dopo angine, non sono di natura difterica.

Il caso presente ne è una prova.

Bambina di 8 anni, ricoverata in ospedale per difterite, curata con iniezioni di siero (15.000 U. I.). La malattia per cui si presenta all'osservazione è insorta bruscamente con brividi, febbre alta, mal di gola.

Esame obbiettivo: respiro russante, bocca semiaperta, labbra aride, screpolate, voce nasale, impacco glandolare indolente latero-cervicale bilaterale. Tonsille procidenti in faringe, la sinistra molto più voluminosa della destra; sulla metà sinistra del velo esiste una chiazza di essudato. Le tonsille, che vengono a contatto fra di loro, hanno superficie granulosa, grigiastra, con punti necrotici. Il palato molle è modicamente infiltrato. Medicatura locale con soluzione acquosa di Neosalvarsan. Nei giorni successivi si asportano pezzi necrotici di tonsilla. Negative le ricerche pel b. di Loeffler e per le forme fuso-spirillari; presenti in quantità strepto- e stafilococchi. Dopo 5 giorni la piccola paziente, guarita, viene dimessa.

Due giorni dopo essa viene colpita da paresi della metà sinistra del velopendolo ove più spiccati erano i fatti necrotici a carico della tonsilla. Senza alcuna cura, la bambina in dieci giorni guarì dalla paresi del palato.

In questo caso l'inefficacia della cura specifica e il risultato batterioscopico, escludono un'angina difterica e depongono per una forma di angina necrotica alla quale è imputabile la paresi del palato.

A. P.

Il sifiloma iniziale dell'amigdala.

(RETROUVEY. *Revue de laryng., d'otologie et de rhinol.*, 1929, n. 1).

Più frequente di quanto generalmente non si creda, il sifiloma iniziale dell'amigdala, si osserva tra i 20 e i 40 anni ed assume numerose forme cliniche. L'A. ne ricorda cinque: forma ulcerosa, difteroide, gangrenosa, epiteliomatosa, polipoide; sono però tutte riunite da alcuni caratteri comuni: l'ulcera è di solito unilaterale scavata in una tonsilla ipertrofica, costantemente dura. Intorno alle amigdale i pilastri ed il velo appaiono di color rosso-lampone. Il sifiloma è quasi sempre dolente con disturbi a tipo anginoso ed è costantemente accompagnato da adenopatia della regione sotto-angolo-mascellare.

Nel fare la diagnosi ci si servirà anche dei risultati delle ricerche di laboratorio: ricerca delle spirochete in loco e reazioni sierologiche, queste ultime positive solo verso la fine della evoluzione del sifiloma, cioè fra la 4ª e la 5ª settimana.

La prognosi locale è benigna: non così riguardo all'ulteriore sviluppo della malattia generale.

La terapia va distinta in locale consistente in colluttori iodati e causticazioni e in generale specifica della lues.

VICENTINI.

Osteoma delle cellule etmoidali.

(S. SOLIERI. *Il Valsalva*, anno V, n. 1, gennaio 1929).

Donna di 38 anni con anamnesi negativa. Riferisce che due anni or sono cominciò ad avvertire intermittentemente dolore ed edema all'angolo orbitario interno di sinistra, a volte si aggiungeva lacrimazione. Da un po' di tempo i disturbi si sono fatti permanenti e si è aggiunta ostruzione nasale. All'esame obbiettivo si osserva sul viso un tramite fistoloso per pregressa dacriocisteotomia, da cui geme pus sanguinolento; palpebra inferiore sinistra edematosa; nulla al globo oculare. Nessuna asimmetria facciale. Fossa nasale sinistra ostruita, sembra, per proiezione in basso e all'interno del turbinato inferiore. Tale massa sporge dalla coana sinistra in faringe, da dove è palpabile. Alla diafanoscopia opacità del seno mascellare sinistro. Le radiografie eseguite in senso frontale e laterale, mostrano una massa di osso, in parte eburneo, in parte spongioso, che occupa la fossa nasale sinistra, il seno mascellare e le cellule etmoidali.

La sede, la forma, l'opacità assoluta alla radiografia, la mancanza di deformità scheletriche fanno porre la diagnosi di osteoma delle cellule etmoidali, della coana e dell'antro d'Higmoro con sinusite mascellare a sinistra.

Operazione: Incisione delle parti molli della faccia con un taglio parallelo all'arcata orbitaria inf. e un altro lungo il solco nasogenieno; distacco delle parti molli in basso, apertura dell'antro mascellare, da cui viene fuori liquido muco-purulento. Scucchiaiata la mucosa del seno si scorge la massa tumorale che sembra provenire dalle cellule etmoidali anteriori. Il tumore viene asportato in blocco dalla breccia operatoria. L'esame istologico dimostra di essere costituito da osso in parte eburneo, in parte spugnoso. Decorso operatorio ottimo; guarigione in 15 giorni. Le radiografie eseguite dopo l'intervento ne stanno a dimostrare l'esito brillante.

AR.

Assenza del seno frontale e flemmone acuto periorbitario.

(D. DI VESTEA. *Il Valsalva*, anno V, genn. 1929, n. 1).

In due casi descritti era seguìto a un empiema etmoidale una suppurazione acuta periorbitaria. In uno, ragazzo di 14 anni, si constatò all'atto operativo assenza del seno frontale con presenza di piccola raccolta purulenta nella sostanza diploica del frontale; nell'altro, ragazzo di 16 anni, oltre l'assenza del seno frontale esistevano spiccate anomalie etmoidali.

In ambedue le malformazioni aveva senza dubbio molta influenza nella propagazione della suppurazione all'orbita, per la facile comunicazione di essa col recesso infundibulare.

I reperti radiografici solo in uno dei casi facevano pensare all'anomalia, mentre nell'altro le espansioni della cavità etmoidale simulavano la presenza del seno.

A. P.

Sopra di una lesione luetica cicatrizzata dalla laringe.

(D. MAESTRANZI. *Il Valsalva*, febb. 1929, n. 2).

Trattasi di una donna di 60 anni che dall'età di 22 anni cominciò ad espellere dal naso e dalla gola croste giallo-verdastre fetide, divenendo dopo qualche tempo disfonica; disfonia che però cessava dopo l'espulsione di denso catarro giallastro con energici colpi di tosse. In tale epoca fu colta da forti dolori alla gola che ostacolavano la deglutizione. In seguito a cura iodica la disfagia scomparve.

Nell'anamnesi, degno di rilievo è una serie di aborti.

All'osservazione la laringe presentava infiltrazione e cicatrici delle false corde, delle corde vere e delle pliche ariepiglottiche deformanti e stenosanti. La motilità delle corde vocali era quasi completamente abolita.

La diagnosi di natura, per quanto la R. W. fosse risultata negativa è stata posta per la sequela di aborti, e per esclusione di altre malattie che se danno reperti simili, non sono i tipici della lue. Nonostante l'assenza di tare ereditarie, l'A. ritiene trattarsi di lue ereditaria, basandosi sui fatti ozenatosi e sulla mancanza di una porta d'entrata dell'infezione, per ammettere la lue acquisita.

A. P.

Il trattamento della sinusite frontale acuta.

(E. FELDSTEIN. *Journ. des praticiens*, 12 gennaio 1929).

Complicazione dell'influenza o di un raffreddore trascurato, la sinusite frontale acuta è caratterizzata: 1) da dolori violenti nella regione sopraorbitaria, esagerati dalla pressione del dito sulla faccia anteriore del seno; 2) da abbondante escrezione di pus, di cui, all'esame rinoscopico, si dimostra la presenza alla parte anteriore del meato medio. Esiste poi la forma secca o flussionaria, in cui si ha soltanto il fenomeno dolore.

L'A. consiglia:

1) Rimanere nella stanza (il freddo e la umidità risvegliano le crisi).

2) Applicare sulla regione malata delle compresse umide molto calde, da rinnovarsi spesso.

3) Con un polverizzatore nasale a pera, fare 5 volte al giorno delle polverizzazioni con:

a) Mirtol
Cocaina pura ana cg. 30
Adrenalina inalante gocce VI-X
Olio di oliva ster. e lavato g. 30
Essenza di verbena gocce VI

b) Estratto di giusquiamo cg. 50
Sol. di adrenalina a 1‰ gocce X
Cloridrato di cocaina cg. 30
Glicerina
Acqua coob. di lauroceraso
Acqua distillata ana g. 10

4) Dieci minuti dopo la polverizzazione, fare delle inalazioni nasali con:
Mentol g. 1
Essenza di lavanda
Essenza di limone ana g. 5
Alcool a 90° cmc. 10

Un cucchiaino in un vaso di infuso bollente di fiori di sambuco o di specie aromatiche.

5) Nelle crisi dolorose, prendere aspirina, antipirina o, meglio, piramidone cg. 30; valerianato di chinina cg. 20; caffeina cg. 5 per una carta, di tali 3-4 al giorno.

Il trattamento chirurgico (non affrettarsi!) va fatto dallo specialista.

fil.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

BALLI. *Cenni sul contributo scientifico degli italiani allo sviluppo della röntgenbiologia.* Tipogr. Emo Cavalleri, Como.

Se è merito dell'Alberti di avere riordinata e pubblicata tutta la letteratura radiologica italiana, è merito del Balli di avere con una sintesi felice messo in luce tutta l'importanza dei lavori italiani nella röntgenbiologia.

Gli italiani sono stati in questo campo dei pionieri e i lavori italiani fanno oggi testo sulla questione dell'attività biologica delle radiazioni in rapporto alla « qualità » usata (Busi, Ghilarducci, Balli, Fornero, Milani, Ponzio, ecc.). Lo studio delle radiazioni secondarie ha portato da parte degli italiani a un contributo di idee e di esperienze del tutto originali e basterà ricordare i lavori del Ghilarducci e della sua scuola; lo studio delle radiazioni röntgen sul sangue e organi emopoietici, sulle ghiandole a secrezione interna e sul ricambio, sui vari organi e tessuti è stato pure svolto dagli italiani con una originalità completa di idee e di ricerche.

I radiologi devono essere grati al Balli di avere rievocato nel suo lavoro tutto lo sforzo, tutto l'amore che gli italiani hanno posto nei problemi di röntgenbiologia: e oggi che molte nostre ricerche ci ritornano sotto nuova veste dall'estero dobbiamo essere grati al Balli di avere finalmente messo a punto tutta l'importanza dei lavori italiani. Il capitolo fa parte di un Trattato di Radiologia e Terapia Fisica edito dal Cavalleri.

E. MILANI.

S. GLASSCHEIB. *Die Röntgentechnik in Diagnostik und Therapie.* Pagg. 294 con 145 fig. Springer ed., 1929. Mk. 13,60.

Nel continuo perfezionarsi degli apparecchi e dello strumentario radiologico è necessario che il radiologo specialista si renda conto delle continue modificazioni tecniche; d'altra parte la scienza radiologica, se presuppone nel medico conoscenze cliniche, richiede anche una conoscenza della parte tecnica assolutamente esatta.

Il libro del Glasscheib risponde a queste due necessità: nella I parte viene aggiornata la parte fisica e strumentale (produzione dei raggi X, tubi, generatori di alta tensione, strumenti di misura); nella II parte viene riassunta tutta la tecnica diagnostica (radioscopia, radiografia in generale, tecniche per i singoli apparati, stereografia, ricerca dei corpi estranei); nella III parte è svolta largamente la tecnica terapeutica (dosaggio, terapia superficiale, terapia profonda, misura, protezione).

E. MILANI.

MANN-KRAMER. *Neuere Erfahrungen auf dem Gebiet der medizinischen Elektrizitätslehre.* Un vol. in-4° di pagg. 501, con 258 fig. G. Thieme ed. Leipzig, 1928.

Questo libro rappresenta il completamento di un grosso trattato sulle applicazioni mediche dell'elettricità, pubblicato nel 1909-1911. Da allora la scienza ha fatto un lungo cammino e, se alcuni capitoli sono rimasti immutati, per altri si sono avute importanti modificazioni; nuove idee, nuovi sistemi di indagine si sono aggiunti, che è necessario portare a conoscenza dei medici.

Dall'elenco dei capitoli, che qui si riporta, si comprenderà la notevole importanza dell'opera. Dottrina fisica dell'elettricità. Elettrotecnica media generale. Stato attuale dell'elettrofisiologia. Tecnica e metodica dell'elettrocardiografia. Forme patologiche dell'elettrocardiogramma. Danni all'organismo dalle correnti forti. Elettrodiagnostica generale e speciale. Elettroterapia generale. Franklinizzazione. Alta frequenza. Elettrolisi. Elettroterapia speciale, in 7 capitoli. Tutte monografie chiare ed esaurienti di diversi specialisti, pubblicate sotto la direzione di L. Mann e F. Kramer.

Opera non destinata soltanto a servire da completamento del vecchio trattato, ma che

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

può ottimamente servire a chi, già possedendo le nozioni fondamentali sull'elettricità, specialmente medica, desidera conoscere le diverse teorie, i nuovi fatti, le più moderne applicazioni.

fil.

HAUSMANN e HAXTHAUSEN. *Die Lichterkrankungen der Haut.* Pagg. 126 con 34 fig. Urban e Schwarzenberg, Berlino, 1929. Mk. 12.

Nella letteratura tedesca sono rifioriti in questi ultimi tempi gli studi sull'azione biologica della luce e questo volume appare veramente come una buona novità.

Premesse brevi nozioni sulla luce in genere, sullo spettro luminoso, sull'azione dei singoli distretti dello spettro ecc., gli AA. trattano in un bel capitolo l'azione *della luce sulla pelle normale*: eritema acuto e cronico, pigmentazione, variazioni individuali e regionali della pigmentazione, ecc.

Più interessante appare il II capitolo sull'azione della luce sulla pelle sensibilizzata alla luce stessa e rientrano in questo capitolo molti degli argomenti assai discussi: la pellagra, lo xeroderma pigmentosum, l'idroa estiva, le manifestazioni polimorfe croniche, ecc. Segue infine l'ultimo capitolo sull'azione medicamentosa della luce in alcune malattie cutanee: l'eczema, il lupus, la pitiriasi, la psoriasi, ecc.

Il libro riassume in non molte pagine argomenti interessanti sia per il medico generico sia per lo specialista.

E. MILANI.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Ospedale Maggiore di Bologna.

Seduta del 24 febbraio 1929.
Presidente: Prof. F. FRANCHINI.

Intorno a un caso di compressione midollare.

Prof. F. FRANCHINI. — Dall'ottobre 1928, dolori vivissimi nell'ambito dello sciatico destro e poi anche del sinistro: poi paraparesi. Presentemente oltre a questo: atonica la muscolatura della coscia destra: niente a carico degli sfinteri: rotuleo ed achilleo di destra aboliti, un po' vivaci a sinistra: plantari debolissimi: non Babinski. Nessun disturbo obbiettivo della sensibilità. Liquor estratto tra IV e V lombare, giallo, gr. 7,50 per mille di proteine, in gran parte globina, non coagulante: niente nel sedimento. Liquor estratto tra VIII e IX dorsale, normale. Lipiodol iniettato dallo spazio occipito-atlantoideo: arresto totale e definitivo all'altezza del corpo della prima lombare.

Wassermann negativa nel sangue e nel liquor. *Diagnosi*: compressione midollare e radicolare a livello del rigonfiamento lombare e del cono terminale con offesa relativamente maggiore delle prime due radici sacrali e quasi integrità delle ultime tre. Se riuscirà vana la cura antiluetica l'O. proporrà l'operazione chirurgica.

L'appendicectomia a moncone libero.

Dott. G. ZAMPA. — Dopo aver esposto brevemente la tecnica dell'operazione l'O. ricorda le numerose discussioni sull'argomento svoltesi in seno alla Società di Chirurgia di Parigi nel 1923.

Nel Reparto Chirurgico diretto dal prof. Stretti nel 1927 si è eseguita sistematicamente l'appendicectomia a moncone libero; ma sui risultati di questa operazione sull'uomo riferirà con maggior copia di particolari il prof. Stretti stesso che ha già raccolto alcune centinaia di casi così operati. L'O. ha voluto studiare sperimentalmente la sorte del moncone intestinale libero nella cavità peritoneale del cane, il quale pure non possedendo, come del resto tutti gli altri animali da esperimento, l'appendice vermiforme, è provvisto di un ceco che può essere paragonato ad una grossa appendice cecale. A questo scopo egli ha eseguito l'asportazione del ceco in quindici cani sacrificandoli in varie giornate d'operazione e, tenendo conto dei reperti macro e microscopici delle autopsie, è venuto alle seguenti conclusioni: 1) la tiflectomia a moncone libero nel cane è seguita nella grandissima maggioranza dei casi da guarigione; 2) questa avviene quasi esclusivamente per l'intervento del grande omento, il quale già fino dal primo giorno d'operazione si fissa sul peduncolo libero e forma attorno ad esso una larga barriera di aderenze; 3) il grande epiploon assorbe, in secondo tempo, i materiali necrotici o di disfacimento del moncone e provvede, in parte, anche alla cicatrizzazione della parete intestinale stessa; 4) il laccio di seta che serve a legare il peduncolo non si trova in alcun caso nella cavità peritoneale, ma costantemente cade nel lume intestinale e viene eliminato con le feci; 5) pure non potendosi paragonare l'ablazione del ceco nel cane alla appendicectomia a moncone libero nell'uomo, date le grandi differenze anatomiche del tratto ileo-colico, tuttavia si può ritenere, per analogia, che il processo di guarigione avvenga nello stesso modo in entrambi i casi.

Il Segretario: EMILIANI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Ricerche sul meccanismo della reazione di bilirubina diretta ed indiretta.

Con la constatazione di Hymans van den Bergh che la bilirubina del siero nell'ittero meccanico è diversa della bilirubina nell'ittero da aumentata distruzione del sangue, la ricerca del problema dell'ittero ha avuto un gran impulso, anche perchè in Clinica è di grande importanza, data la difficoltà e spesso l'impossibilità di distinguere le differenti forme di ittero solamente in base alla sintomatologia clinica. Non essendo state fatte fino ad ora ricerche esatte, O. Weltmann e H. Hückel (*Med. Klinik*, sett. 1928, n. 36), hanno creduto opportuno di affrontare un'altra volta la questione, partendo sopratutto dal presupposto se in realtà una distinzione fra bilirubina diretta ed indiretta sia giustificata.

Gli AA. fatte tutte le prove ed osservazioni necessarie, credono di aver trovato essenziali caratteristiche per ogni specie di bilirubina, le quali potrebbero essere così definite: la bilirubina diretta è caratterizzata dalla sua prontezza all'accoppiamento con la minima richiesta di nitrato e per la sua resistenza in confronto a piccole quantità di acido cloridrico; la bilirubina indiretta invece è caratterizzata per la sua lenta richiesta di diazoto, per le sue maggiori richieste di nitrato e per la sua sensibilità all'acido cloridrico.

Senza dubbio tali ricerche chiariscono alcuni punti del meccanismo finora oscuro della reazione diretta ed indiretta della bilirubina; d'altra parte è stato dimostrato che questa reazione è indipendente dall'influenza del siero e viene determinata unicamente dalla qualità di bilirubina. Gli AA. pertanto credono di poter trarre le seguenti conclusioni:

1) si può affermare che i mezzi che favoriscono l'accoppiamento del diazoto sono basati su un maggior effetto dell'acido nitrico ed inoltre essi sono capaci di moderare oppure di togliere l'effetto dell'acido cloridrico esistente nel reagente diazoto;

2) l'alcool favorisce l'accoppiamento nel senso che esso respinge la dissociazione dell'acido cloridrico nel diazoto, mentre favorisce la dissociazione dell'acido nitrico. Perciò esso è utile all'accoppiamento della bilirubina indiretta;

3) l'effetto dei sali di caffeina è da attribuirsi al benzoato di sodio e al salicilato di sodio;

4) l'effetto favorevole del benzoato (ed acetato) si può provare in un mezzo libero di albumina e di colloidi.

Le ricerche praticate fanno vedere che la reazione diretta e indiretta della bilirubina non si fondono su qualità differenti del siero, ma su differenti qualità della bilirubina.

La bilirubina indiretta è caratterizzata per la sua lenta reazione di accoppiamento, per la sua maggiore richiesta di nitrato, per il massimo accoppiamento, ed infine per la sua sensibilità all'acido cloridrico.

La bilirubina diretta invece richiede poco nitrato, ed è piuttosto favorita da una piccola quantità di acido cloridrico.

MOOR.

Sulla distribuzione dell'ittero cutaneo

Sono state recentemente riportate osservazioni di « ittero regionale », cioè d'ittero molto più netto ed intenso sopra una regione del corpo, piuttosto che sulle altre vicine.

F. Kovács (*Wien. Klin. Woch.*, n. 42, 1928), che ha studiato da vario tempo l'argomento, ha stabilito che il colorito itterico ha in genere il seguente decorso, dal punto di vista della sua apparizione: si osserva dapprima sulle sclere, poi invade il capo, il collo, le porzioni superiori del torace e delle estremità superiori, la parte superiore dell'addome, quella inferiore, gli arti inferiori, e finalmente le porzioni più distali degli arti superiori.

Più l'ittero è intenso, meno sono accennate tali differenze; viceversa, più l'ittero è lieve, tanto più è accentuata la differenza, fino ad aversi le suindicate forme di « ittero regionale ». Questo comportamento, inoltre, è indipendente dalla causa che provocò l'itterizia.

Le autopsie dei relativi casi hanno dimostrato come la diversa distribuzione possa esser riscontrata anche a carico dei tessuti interni.

È difficile dare una spiegazione soddisfacente di tale fatto, e Umber pensa che si possa trovare qualche analogia con la distribuzione regionale del grasso negli obesi, in dipendenza dei centri neurotrofici, i quali agirebbero influenzando segmentariamente la diversa tendenza dei tessuti ad impregnarsi.

A titolo di curiosità l'A. cita anche un caso di argirosi, nel quale la deposizione nei tessuti assunse un aspetto regionale del tutto simile a quello osservato nei casi morbosi sopradescritti.

M. FABERI.

CASISTICA.

La malattia di Klippel Feil.

È una deformità simile a quella di Sprengel. Fu descritta nel 1912 da Klippel e Feil e attualmente ne esistono circa 30 casi nella letteratura. Essa è caratterizzata anatomicamente da una riduzione e da una fusione della co-

lonna cervicale specialmente tra l'atlante e l'occipitale.

Clinicamente si osserva un collo corto o del tutto mancante così che in certi casi la testa si innesta direttamente nel tronco e il limite dei capelli raggiunge le spalle.

Per l'etiologia si deve pensare ad un difetto di sviluppo embrionale.

Come terapia si possono usare gli esercizi ginnastico-ortopedici.

Heideker (*Bruns Beit. z. Klin. Chir.*, v. 144, P. 2, 1928) ha avuto l'occasione di osservarne un caso nella Clinica ortopedica di Breslavia.

R. BRANCATI.

Sul decorso della cosidetta ostite fibrosa localizzata. (Osteodistrofia).

Willich (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 152, pag. 581, 1928) ha osservato 23 casi di O. F. La localizzazione più frequente è il femore, poi la tibia, la mandibola, l'omero, l'ulna, il perone e il mascellare superiore. L'età più colpita è dagli 11-20 anni.

A caratterizzare il quadro anatomico è preferibile la parola « osteodistrofia ». Il reperto istologico non ha niente di caratteristico e può essere identico a quello dei tumori bruni, delle pseudartrosi, degli ematomi, delle osteomieliti, ecc.

Alcuni AA. vogliono differenziare dalle cisti le « fibrosi midollari », però anche in queste si possono trovare cisti. Il loro comportamento e aspetto è identico, soltanto la guarigione è più difficile.

Le cisti rispettano la linea epifisaria, è da ricordare però che Sauer ha descritto una cisti che aveva raggiunto l'epifisi omerale; l'A. stesso ha osservato tre casi in cui la cisti aveva invaso la metafisi e l'epifisi.

Ha osservato un caso di O. F. poliostotica non generalizzata. La cura di scelta è la asportazione del focolaio; quando è possibile la resezione o la estirpazione dell'osso malato.

Dopo l'intervento limitato, occorrono numerosi controlli radiografici.

VALDONI.

Sulla osteodistrofia fibrosa (O. F.) e sui suoi rapporti con il sarcoma.

Fromme (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 153, pag. 601, 1928) in 6 anni ha osservato 24 casi, sempre monoostotici. 7 volte ha incontrato la forma iperostotica, forma che si rinviene nell'età avanzata e che colpisce tutto l'osso, p. es., tutta la tibia. Il volume dell'osso aumenta perchè il riassorbimento è inferiore alla neoformazione. Questa forma viene diagnosticata erroneamente come osteomielite sclerosante.

17 volte si trattava della forma ipo-ostotica nella quale la distruzione prevale sulla neoproduzione.

Nessun caso guarisce senza l'intervento, anche se precede una frattura. L'intervento deve, quando è possibile, essere radicale al massimo perchè l'O. F. rappresenta uno stato presarcomatoso. Dei casi personali 4 hanno subito la trasformazione sarcomatosa.

VALDONI.

Il tumor albus del polso nel bambino.

Sorrel e Louguet (*Rev. d'Orthop. e de Chir. de l'App. Mot.*, n. 1, 1928) hanno studiato accuratamente 20 casi e li hanno pubblicati con belle fotografie e radiografie. Le forme sono quasi sempre localizzate a qualche osso: su 20 casi solo in 2 si aveva lesione di tutte le ossa del polso. Il tumor bianco del polso, è quindi nei bimbi, nel maggior numero dei casi una ostear-trite parziale. È rara questa lesione prima dei 4 anni, più frequente invece dai 4 ai 12 anni, forse in causa dell'attività osteogenica del polso a quest'età. Dopo i dodici anni la cartilagine è scomparsa, l'ossificazione è completa e se si ha tubercolosi del polso, questa si generalizza a tutte le ossa.

Interessante è notare che anche nei casi a decorso grave con ascessi e fistole, la guarigione si ottiene sempre con conservazione assai estesa dei movimenti del polso. La guarigione si ha nell'80 % dei casi.

Interessante è che come esito si ha spesso la scomparsa di una serie delle ossa del carpo, il che dà un aspetto radiografico che potrebbe mentire un'anomalia congenita del carpo.

La terapia è data dall'immobilizzazione in docce che permettano l'elioterapia; le dita devono restare sempre libere, ciò è capitale per conservare la funzionalità.

L. TONELLI.

Sulla questione della malattia di Deutschländer dei metatarsi.

A. Greifenstein (*Deut. Zeit. f. Chir.*, 1928, vol. 209) riporta 6 casi che gli sono occorsi di curare. Questa malattia colpisce le diafisi dei metatarsi più spesso il 2° e meno di frequente il 3°-5° ed è caratterizzata dalla comparsa di dolore e di una lieve tumefazione in corrispondenza del dorso del piede, senza trauma apparente e che dopo qualche mese di decorso a tipo cronico, guarisce generalmente senza lasciare postumi.

Gli altri AA. avevano descritto lesioni consimili dei metatarsi ma fu Deutschländer che primo ne diede una descrizione minuta e caratteristica. In seguito furono pubblicati molti altri casi sopratutto riguardanti soldati e giovani dediti allo sport.

Per questa malattia vi sono stati dispareri sulla sua natura, giacchè mentre per alcuni era dovuta a traumi per altri era dovuta ad un'infezione attenuata analogamente a quanto è stato sostenuto per le varie epifisiti, la ma-

lattia di Calvè-Perthes ecc. Secondo l'A., che si basa su radiografie, sarebbe esclusivamente di natura traumatica e consterebbe di un'infrazione della diafisi per traumi inavvertiti la cui azione sarebbe facilitata dalla presenza di zone di decalcificazione quale si può osservare dopo un riposo prolungato posttraumatico. Infatti 2 dei casi riportati ebbero i primi disturbi dopo un lungo riposo a letto per interventi sui menischi.

La cura migliore è il riposo di 3 settimane circa e la prognosi è sempre fausta.

V. GHIRON.

Linfo-angio-endotelioma delle guaine tendinee.

G. Faldini (*La Chirurgia degli organi di movimento*, vol. XII, fasc. IV) descrive un caso interessantissimo di tumore localizzato alle guaine del tibiale posteriore e del flessore lungo dell'alluce, cui seguì metastasi inguinale. All'esame istologico il neoplasma risulta chiaramente un *linfo-angio-endotelioma*. La natura istologica del tumore può spiegarne l'eccezionale localizzazione. Le guaine tendinee infatti, che sono assai ricche di vasi linfatici e sanguigni, originatesi dal mesenchima primitivo dell'abbozzo degli arti, subiscono nel loro sviluppo una lenta trasformazione in un tessuto appiattito, monostratificato al lato interno. Viene a formarsi così uno strato del cosidetto tessuto endoteliale.

L'A., per quanto abbia accuratamente ricercato nella letteratura, non ha trovato nessun'altra osservazione di tumori vascolo-endoteliali delle guaine tendinee. Dopo aver fatto rilevare la grande difficoltà di diagnosi, per cui è indispensabile un accurato esame istologico, ritiene — circa il trattamento — che la condotta terapeutica debba esser radicale: accertata la natura del tumore, amputazione molto precoce ed escissione delle linfo-glandole prossimiori.

C. GIACOBBE.

TERAPIA.

La cura dell' insonnia.

Nelle malattie infettive. Sono da scartarsi gli ipnotici, più o meno tossici. Ricorrere ai bagni tiepidi od impacchi generali caldi. Soltanto in casi ribelli dare un po' di sulfonal.

Insonnie tossiche. Quelle da tabacco e caffè scompaiono con la soppressione della causa. Nell'alcoolismo, acuto o cronico, sono indicati il cloralio (6-8 grammi al giorno, in soluzione molto diluita o per clistere) e l'oppio (laudano od estratto tebaico 10-20 cg., a condizione che il cuore sia sano).

Insonnie nervose. Trattamento del dolore, se esse sono dovute a questo. Nelle psicosi, in cui l'insonnia può durare per mesi, si ricorrerà soprattutto al bromuro di potassio (2-4 fino a 10-12 grammi nelle 24 ore). Buona è l'associazione con cloralio:

Bromuro di potassio		
Cloralio idrato	ana g.	20
Estratto di fava indiana		
Estratto di giusquiamo	ana cg.	20
Acqua distillata	cmc.	100

Da prendere la sera 1-4 cucchiaini da caffè, in un po' d'acqua.

Insonnia dei neurastenici. È molto tenace e la terapia riesce spesso inefficace. In generale è da scartarsi l'uso degli oppiacei per il pericolo della tossicomania. Salmon (*Journ. med. franç.*, 1928) consiglia il veronal (per il quale si deve pure tener presente il pericolo della tossicomania!) a dosi di 50 cg. ad 1 g. È soprattutto necessaria una vita igienica; l'individuo si coricherà piuttosto tardi, dopo un bagno a 37° per 40-50 minuti ed aver preso un infuso di tiglio.

Nell'insonnia da sovraffaticamento o da emozioni, va bene il sulfonal (1 g., 2-3 ore prima di coricarsi, seguìto da infuso caldo di tiglio, camomilla, ecc.); la somministrazione deve continuare per non più di 5-6 giorni.

Insonnia nei fanciulli. È dovuta il più spesso ad eccessi di alimentazione, a digestioni laboriose e si corregge in conseguenza. Nei nervosi, si farà un bagno caldo prima di metterli in letto. Medicine, il meno possibile; tutt'al più del bromuro di calcio (10-20 cg. per anno di età, in sciroppo di fiori d'arancio).

Insonnia dei vecchi. Può considerarsi in parte come fisiologica. Evitare bromuro e cloralio e preferire piccole dosi di veronal o, meglio, la valeriana. Eventualmente, sopprimere il pasto della sera, adottare un'alimentazione adatta, coricarsi in camera aereata e prendere prima di coricarsi, qualche tisana.

fil.

Nel parkinsonismo dell'encefalite epidemica.

Il trattamento più indicato per questi disgraziati sarebbe lo stramonio, da prescriversi in pillole (da 10 cg. della polvere), facendone prendere 2-7 al giorno, a giorni alterni, con sospensione di 10 giorni, dopo i primi 10.

Nei 10 giorni di intervallo, ordinare la scopolamina, per via orale, un granulo da 1/5 di mg., al mezzogiorno ed alla sera; oppure, iniezione sottocutanea di 1/5 di mg.; il tremore e la rigidità sono sedati per qualche ora.

Talvolta, con questo trattamento, si produce secchezza della bocca, un certo stato di ebbrezza, una maggiore frequenza del polso, della midriasi.

Per evitare questi incidenti, si consiglia la associazione con la morfina:

Bromidrato di scopolamina	cg.	1
Cloridrato di morfina	»	10
Sparteina	»	20
Acqua distillata	g.	15

Per 15 fialette; sterilizzate. Una al giorno.

Alle stesse dosi si usano la josciamina e la duboisina, che possono sostituire la scopolamina. È stata raccomandata da taluno anche l'atropina, a dosi di 1/4-1/2 mg., che però provocano spesso secchezza della bocca e midriasi.

Le buone parole e gli incoraggiamenti del medico devono rinforzare con l'ottimismo il poco che si può fare con le medicine.

(*Journ. des praticiens*, 2 febbr. 1929).

fil.

Il trattamento dell'angina pectoris.

1) *Trattamento sintomatico.* — Calmare i dolori e l'angoscia. Nitrito d'amile (di effetto rapido ma effimero); 4-6 gocce su un fazzoletto. Trinitrina, 3-4 gocce della soluzione a 1 %, oppure, con la formula di Vaquez:

Sol. di trinitrina al 1 %	gocce	LX
Cloridrato di eroina	cg.	5
Benzoato di sodio	g.	2
Caffeina	g.	1
Sciroppo d'etere	g.	60
Acqua	g.	100

S. a cucchiai.

Vi si può associare la morfina, secondo la formula di Danielopolu:

Cloridrato di morfina	cg.	1
Solfato di atropina	mg.	1-2
Sol. di trinitrina al 1 %	gocce	11
Acqua distillata	cmc.	1

S. per iniezioni sottocute.

Salasso, compresse calde sulla regione precordiale, avvolgimenti caldi del torace, frizioni eccitanti, trazioni ritmiche della lingua.

Trattamento di fondo, variabile secondo la causa. Se l'angina pectoris è di origine cardio-arteriosa, regime severo ipoazotato od ipoclorurato, poi teobromina e medicazione cardiodinamica. Se è in causa la sifilide, bismuto, mercurio.

Se si tratta di origine digestiva, trattare l'aerofagia, col metodo dei piccoli pasti e con le medicazioni abituali delle dispepsie, delle coliti, della litiasi biliare.

Nell'angor di origine nervosa, diminuire l'ipereccitabilità, con le regole igieniche, l'idroterapia, i preparati di valeriana ed i bromuri.

(*Journ. de méd. de Paris*, 6 sett. 1928).

fil.

Trattamento della crisi gottosa.

È sempre necessario agire cautamente e bandire ogni terapia violenta. J. Pietri (*Marseille médic.*, 25 ott. 1928) consiglia:

1) Mettere l'arto in riposo assoluto, con la gamba sollevata. Unzioni con linimenti calmanti a base di salicilato di metile, laudano, mesotan e simili.

2) Tenere il malato a dieta. Dopo 24 ore, dare del latte tagliato con acqua di Vichy e bevande diuretiche.

3) Somministrare un purgante salino: solfato di sodio od acque minerali purgative.

4) Se il rene è in buone condizioni, utilizzare il salicilato di sodio a dose di 2 grammi.

5) Il rimedio specifico è il colchico, che è però controindicato nelle lesioni renali e cardiache; somministrarlo quindi, prudentemente. Iniziare con L gocce ed aumentare progressivamente, sospendendolo se compare diarrea. L'atofan, secondo gli autori tedeschi, sarebbe di grande efficacia, alla dose di 1-3 grammi. In caso d'insonnia, utilizzare il cloralio od i suoi derivati, la valeriana, il bromuro; non dare mai oppio.

fil.

VARIA.

Le conseguenze del taglio dei capelli femminili.

Si è asserito che il taglio dei capelli femminili imposto, o quasi, dalla moda odierna, porta all'ipertricosi; le osservazioni recenti di I. Müller (*Münch. med. Wochens.*, 15 febbraio 1929) tendono a dimostrare la verità di tale asserzione.

In 46 donne con capelli tagliati, ha osservato che in 11 vi erano dei segni di ipertricosi che, secondo l'A., sono caratterizzati dalla comparsa di peli terminali evidenti alla linea alba, alla zona dell'areola mammillare ed al mento. In 7 di esse, la comparsa di tali peli seguì poco dopo il taglio dei capelli; così, in una gravida di 23 anni (ipertricosi della linea alba, dell'areola, del viso, comparsa 9 settimane dopo il taglio); in un'altra di 21, con capelli tagliati da 4 anni, l'ipertricosi andò aumentando ed estendendosi anche alle cosce ed all'ano; in una ragazza di 27 anni l'ipertricosi, con la stessa estensione, era incominciata 4 mesi dopo il taglio. Delle altre 4, 2 accusarono come causa la gravidanza, 2 non poterono precisare la data della comparsa dei peli. Ad ogni modo, osserva l'A., tenendo conto soltanto delle prime 7, si avrebbe una percentuale del 20 % circa di ipertricosi dopo il taglio dei capelli, proporzione che non può ritenersi accidentale, tanto più quando si rifletta che da una statistica fatta su 132 gravide con capelli lunghi, si vide che l'ipertricosi si aveva soltanto in 16, ciò che corrisponde alla percentuale del 12 %.

Sarebbe interessante che osservazioni di tal genere venissero ripetute dal punto di vista puramente scientifico e senza la vana illusione di potere contrastare alle esigenze della moda, anche con una simile minaccia di imbruttimento.

fil.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.

CONTROVERSIE GIURIDICHE

XXI. - Obbligo della residenza.

L'art. 34 del testo unico delle leggi sanitarie 1° agosto 1907 e l'art. 32 del regolamento 19 luglio 1906 n. 466 prescrivono che il sanitario condotto deve risiedere nel Comune o nella circoscrizione consorziale. Questa disposizione concerne, genericamente, la *residenza.* Quando al servizio provveda un consorzio o siano istituite condotte per le frazioni, è necessaria una ulteriore specificazione della residenza in uno o in altro luogo. Questa determinazione appartiene al capitolato, il quale, come è noto, è deliberato dal Comune o dal Consorzio, con l'approvazione della G. P. A., sentito il parere del Consiglio Provinciale di Sanità.

Si è presentato questo caso: il capitolato di un consorzio stabiliva una determinata residenza, con disposizione che, già regolarmente approvata, fu poi modificata dal consorzio; questo provvedimento successivo, vistato dal Prefetto, non era stato però approvato dalla autorità tutoria; trattandosi di comuni così detti «terremotati» era necessaria l'approvazione del Ministero dell'Interno. Questa norma era valida? evidentemente, non essendo divenuta ancora efficace la modificazione, conservava vigore la norma anteriore. Il medico condotto fu invitato a risiedere nel territorio del consorzio e a riprendere servizio: scaduto il termine assegnatogli, fu dichiarato *dimissionario.*

Questo provvedimento è stato dichiarato legittimo dalla V Sezione del Consiglio di Stato con decisione 2 febbraio 1929 n. 47.

Accenniamo soltanto alla risoluzione di massima, prescindendo dalle particolarità del caso deciso, perchè non avrebbe importanza un esame di *quella speciale* controversia e, d'altra parte, noi possiamo considerare i soli elementi che risultano dalla decisione.

XXII. - Dispense per effetto di riduzione di posti.

Si controverte ancora degli effetti dell'applicazione del decreto 27 maggio 1923! Ma si tratta, ormai, di residui. L'applicazione di quel decreto non interessa più. Vi accenniamo soltanto perchè è considerato, in questa breve nota, un caso di soppressione di condotta medica, in forza dei poteri straordinari, e di dispensa dal servizio, secondo determinati criteri, per se stessi non eccezionali. Soppressa una delle due condotte, senza specificazione dell'una o dell'altra, doveva essere dispensato uno dei due titolari: il comune preferì licenziare il medico che avrebbe risentito minor danno, per ragioni di età, di servizio e di famiglia.

Il Consiglio di Stato, con decisione 8 febbraio 1922 n. 77, ha dichiarato legittimo questo provvedimento.

Non si deve però ritenere che, in ogni caso, sia da applicare lo stesso criterio.

La risoluzione del Consiglio di Stato è, invece, valutabile, da un punto di vista di massima, perchè presuppone che il comune, quando debba provvedere a dispense per soppressione di condotte *non specificate*, esercita un potere discrezionale e deve considerare tutte le circostanze del caso particolare per determinarsi equamente.

Sono certamente apprezzabili, anzitutto, le esigenze del servizio e quindi le condizioni di maggiore idoneità. Ma anche condizioni personali possono guidare la scelta: valutazioni di equità e non preferenze arbitrarie. In questo senso è da intendere la decisione n. 77 del 1928 che ha dichiarato legittimo il licenziamento del medico che, per la sua età, per le condizioni di famiglia e per la durata relativamente breve del servizio avrebbe risentito danno minore di quello che sarebbe invece derivato all'altro medico.

In queste valutazioni subbiettive ed eque non si deve, però, esagerare, tanto più che è assai difficile misurare a priori il pregiudizio assoluto e relativo e normalmente devono essere considerate prevalenti le utilità pubbliche.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Organizzazione della lotta contro la malaria.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) ha indirizzato ai Prefetti e a S. E. il Governatore di Roma una circolare, di cui demmo già notizia e nella quale ricorda che le disposizioni emanate sulle trasformazioni fondiarie di pubblico interesse, quelle sulle migrazioni interne e quelle sulla bonifica integrale affrontano in pieno il problema del bonificamento, del risanamento igienico e della messa in valore agricolo del territorio nazionale, imponendo nuovi e più larghi compiti alla Sanità pubblica. Fa considerare come la massima parte delle opere previste ai fini della bonifica si svolgerà in territori malarici, e perciò la lotta contro la malaria assume nel momento presente, importanza ancora maggiore.

Fatto presente che a preferenza nelle provincie meridionali e insulari si presenta la necessità di speciale organizzazione di servizi per rinvigorire e coordinare le diverse competenze e le varie energie antimalariche, talora non sempre convergenti, in fatto di coordinazione ed unificazione dei servizi, dimostra la necessità di unificare le direttive ed i servizi per avere assicurata una efficace, intensa e ben condotta lotta in tutti i territorii malarici.

Dimostra pertanto la necessità di avvalersi delle attuali organizzazioni sanitarie e degli attuali ordinamenti amministrativi in armonico sviluppo con gli organi dipendenti dai varî Ministeri.

Per ciò che riguarda i *Comitati Antimalarici provinciali*, la circolare interessa Prefetti e Governatore perchè con sollecitudine provvedano alla costituzione del Comitato provinciale per la lotta antimalarica.

In seguito parla della costituzione di questo Comitato e dei suoi compiti che sono cinque: cioè coadiuvare le Autorità; promuovere corsi teorico-pratici per l'addestramento del personale; segnalare i bisogni delle località; formulare il programma organico della lotta; attendere al funzionamento dei servizi.

Infine detta circolare tratta dei mezzi finanziarii, e della lotta antimalarica nei comprensori di bonifica nel senso di profilassi e assistenza sanitaria, per cui si prevedono e si impongono tutti gli interventi igienico-sanitarii indispensabili ad evitare la maggiore diffusione dell'endemia malarica ed a prepararne la definitiva scomparsa.

Ammissione di studenti in Reparti ospedalieri.

Il Ministero dell'Interno (Direzione dell'Amministrazione Civile) ha diretto ai Prefetti delle Città sedi di R. Università la seguente circolare:

« Il Consiglio superiore di sanità, ai fini di una più efficace preparazione clinica nei riguardi delle malattie infettive, ha segnalato l'opportunità che le istituzioni pubbliche ospedaliere accolgano gli studenti del V e VI anno di medicina, perchè con le opportune cautele e suddivisi in squadre, possano seguire le visite ed assistere alle dimostrazioni cliniche fatte dai direttori e dai primari dei reparti di isolamento, in modo che, durante l'anno scolastico, sia dato loro il mezzo di osservare e di studiare con particolare cura gli infermi di malattie infettive contagiose e di rendersi conto dei metodi terapeutici.

« Si prega, pertanto, l'E. V., di voler richiamare su quanto precede l'attenzione delle amministrazioni ospedaliere, affinchè prendano in proposito gli opportuni accordi con le competenti autorità universitarie ».

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AOSTA. *Amministrazione Provinciale.* — Il termine utile per presentazione domande e documenti ai posti di Direttore Sezioni Medico-Micrografica e Chimica, è prorogato fino alle ore 18 del 31 maggio 1929.

ARLUNO (*Milano*). — Medico Chirurgo Comunale. Stipendio L. 10.200; indenn. uff. sanitario L. 1000; indenn. bicicletta L. 400, al lordo R. Mob. e Cassa Prev. Documenti di rito. Scadenza 30 maggio.

BERGAMO. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Direttore ispettore; L. 18.000 e 6 bienni ventes. oltre L. 5000 serv. att., L. 6000 per inibizione attività professionale privata, L. 60 giornaliere missioni, rimborso spese, riconoscim. parziale serv. anter.; età lim. 40 a. al 10 apr.; tassa lire 50,10. Scad. 31 mag.

BERGAMO. *Opere Antitubercolari Bergamasche.* — Direttore del Sanatorio di Groppino (Piario); L. 17.600 e 6 bienni di L. 900, L. 6000 per inibizione attiv. profess. privata, L. 50 giornal. indennità missioni, ecc.; alloggio, ecc.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10. Scad. 31 mag.

CASTRONOVO DI SICILIA (*Palermo*). — Scad. 31 mag.; L. 7950 se ammogliato, L. 7590 se celibe, 5 quadrienni dec.

CHIETI. *Amministraz. Provinc.* — Direttore della Sez. Med.-Micr. del Labor. d'Ig. e Profil.; L. 16.000 e 4 quadrienni di L. 1000 oltre L. 3000 serv. att., 25 % proventi ricerche e analisi. Scad. 15 giu.

CHIUSI DELLA VERNA (*Arezzo*). — Scad. 25 mag.; 2ª cond.; ab. 2000 con 60 fam. pov.; L. 10.000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 2000 cav., c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

CORRODANO (*La Spezia*). — Scad. 31 mag.; lire 8000 e 10 bienni ventes., oltre L. 500 uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

CREMONA. *Amministraz. Provinciale.* — Labor. Prov. di Igiene e Profilassi. Per titoli ed esami. *A*) Direttore Sezione 1ª. Medico-Micrograf. Stip. base L. 16.000. Assegno carica L. 2000. — *B*) As-

sistente Sez. 1ª. Micrografica. Stip. base L. 13.000. — *C*) Coadiutore della Sez. 2ª. Chimica. Stip. base L. 14.000. Assegno carica L. 1000. — *D*) Assistente Sez. 2ª. Chimica. Stip. base L. 13.000. Per tutti i sopraindicati posti cinque aumenti quadr. del decimo sullo stip. base, indennità c.-v. e trasferte, compartecip. proventi contravvenzioni. Scadenza ore 18 del 20 giugno. Per ulteriori chiarimenti rivolgersi alla Segret. Gener. della Provincia.

ENNA. — Direttore Medico-Chirurgo dell'Ospedale Umberto I. La scadenza è prorogata al 31 maggio. Il limite di età (minimo anni 35) è abolito e possono concorrervi tutti coloro che hanno raggiunto la maggiore età e non oltrepassato 55 anni.

FERMO (*Ascoli Pic.*). *Congregazione di Carità.* — Direttore sanitario dell'Ospedale; L. 12,000 e 3 bienni ventesimo per servizi precedenti, 10 bienni ventesimo ulteriori; L. 2400 indenn. alloggio; tassa L. 50,10. Quattro anni di pratica ospedaliera od in cliniche. Scad. 10 giu.

GENOVA. *Consorzio Antitub. della Provincia.* — Segretario tecnico; L. 17.800 e 4 bienni dec., oltre L. 8000 serv. att., indenn. trasf.; miglioram. in corso; tassa L. 50,10; età lim. 40 a. Rivolgersi Segreteria (Palazzo del Governo, Largo via Roma 14). Scadenza 30 giugno.

GORIZIA. *Ammin. Provinciale.* — Assistente alla Sezione Medico-Micrografica del Laborat. Provinc. di Igiene e Profilassi di Gorizia; Stipendio lire 10.000 più L. 2000 serv. attivo e caro-viveri. Il termine per la presentazione delle domande è prorogato a tutto giugno. Per ulteriori informazioni rivolgersi alla Segret. dell'Amministraz. Provinciale.

GUILMI (*Chieti*). — Condotta medica. Stipend. L. 8700 lorde. Quattro quadr. Scadenza 10 giugno. Documenti a 3 mesi. Per ulteriori chiarim. rivolgersi alla Segreteria Comunale.

LA SPEZIA. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esame. Posti di Direttore e di Assistente Sez. Medico-Micrografica provincia Spezia. Vedi fasc. 19. Scad. 20 giugno.

LECCE. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanitario nei Comuni di Casarano, Matino, Novoli, Trepuzzi e Tricase. Per titoli ed esame. Scadenza termine presentazione domande locale R. Prefettura ore 18 del 28 giugno.

MOLINI DI TRIORA (*Imperia*). — Scad. 30 mag.; L. 9000 oltre L. 500 uff. san., L. 500 serv. ostetr. (temporan.), L. 2000 trasp., 10 bienni ventes.; tassa L. 50,15.

MONTEPULCIANO (*Siena*). — A tutto 10 giu.; 1ª cond.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 6 mag.; L. 7000 e 6 quadrienni dec., c.-v.

OSIMO (*Ancona*). — Scad. 7 giu.; 2 cond.; lire 8000 e L. 8500; 10 bienni ventes.; altri compensi; età lim. 34 a.; tassa L. 50; doc. a 6 mesi dal 7 mag.

PAMPARATO (*Cuneo*). — Scad. 31 mag.; lire 10,000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 500 se uff. san.; tassa L. 50,15.

PIACENZA. *R. Prefettura.* — Ufficiale Sanitario e Medico Capo del Comune di Piacenza. Il termine per la presentazione delle domande (Stipend. annuo L. 17.000, oltre indenn. di carica ed aumenti) è prorogato al 15 giugno p. v.

S. POTITO SANNITICO (*Benevento*). — Stipendio L. 8000 annue lorde. Abitanti 1406 di cui 376 nelle case sparse. Domanda in carta da L. 2 e documenti di rito da inviarsi non più tardi del 12 giugno alla locale Segreteria Comunale.

S. MARIA TIBERINA (*Perugia*). — Per Lippiano; a tutto 20 giu.; L. 10.000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 500 uff. san., L. 3000 cav.; alloggio nell'ospedaletto, gratuito quando questo funziona (*sic*); ab. 1700; iscritti 700; tassa L. 50,10; doc. a 6 mesi dal 5 mag.; serv. entro 20 gg.

SASSOFERRATO (*Ancona*). — Condotta chirurgica; a tutto 15 giu.; età lim. 40 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 30 apr.; L. 8000 e 5 quadrienni dec.; cavalc. fornita dal Comune soltanto per i poveri.

SEQUALS (*Udine*). — A tutto 27 mag.; L. 8000 oltre L. 500 serv. att., L. 800 uff. san., L. 3000 trasp., c.-v., 6 quadrienni dec.

SORANO (*Grosseto*). — Scad. 31 mag.; 4ª cond.; L. 10.500 oltre L. 480 c.-v. se coniug.; L. 1000 trasp.; 4 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

SULMONA. *Casa Santa dell'Annunziata.* — Aiuto di chirurgia nell'Ospedale Civile; L. 3000 (*sic*) lorde di tasse e ritenute. oltre partecipaz. proventi servizi speciali cui l'aiuto sarà adibito; età mass. 35 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi; nom. biennale; serv. entro 15 gg.; scad. ore 12 del 10 giu.

TAURIANOVA (*Reggio Cal.*). — A tutto 30 mag.; età lim. 35 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 20 apr.; L. 8000 e 4 quadrienni dec., oltre lire 2500 cav.

TERRALBA (*Cagliari*). — Scad. 31 mag.; capol. e S. Nicolò d'Arcidano; L. 9000 oltre L. 1500 trasp.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

TORINO. — *Società Reale Mutua di Assicurazioni.* — Sono in corso di formazione i quadri dei Medici Fiduciari, per l'esame medico degli Assicurandi Vita in tutti i Comuni del Regno. I sigg. Medici che intendessero inoltrare domanda, sono pregati di trasmetterla con cortese urgenza alla Sede di Torino - Via Orfane n. 6 - attenendosi strettamente allo schema di questionario che riproduciamo; 1) cognome, nome e paternità del candidato; domicilio, luogo e data di nascita; 2) Università frequentata. Titoli di studio conseguiti e specialità praticate. Anni di esercizio nella professione; 3) servizi pubblici dei quali il Candidato è stato ed è attualmente incaricato e incarichi professionali coperti con carattere di continuità; 4) Compagnie di assicurazioni che si sono valse o si valgono del Candidato per la visita di assicurandi; 5) medici consulenti coi quali il candidato si trova più frequentemente in rapporti; 6) referenze nel campo professionale medico e assicurativo.

VALLERANO (*Viterbo*). — Scad. 31 mag., ore 12; L. 10.500 e 5 quadr. dec., c.-v., L. 2500 ospedale.

VARESE. — Ufficiale Sanitario-Capo Ufficio Igiene. Per titoli ed esame. Stipend. L. 18.000, con 5 aumen. quadr. del decimo. Assegno serv. attivo L. 3000, oltre indenn. spese trasporto lire 1500 per motocicl. o L. 3500 per automobile. Inibito serviz. lib. professione. Domande, documenti e ricevuta tassa L. 50,10 al Protocollo del Comune entro il 15 giugno. Per ulteriori chiarim. rivolgersi locale Segreteria Municipale.

VIOLA (*Cuneo*). — Scad. 5 giug.; L. 10.000 oltre L. 500 se uff. san.; età lim. 45 a.

VOLAÑO (*Trento*). — Scad. 31 mag.; L. 8500 e 4 quadrienni dec., c.-v.; L. 850 uff. san., quartiere in natura o indenn. L. 1400; tassa L. 50,10.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Sono abilitati alla libera docenza in: Anatomia e Istologia patologica: Orlandi Noel; Clinica chirurgica e Medicina operatoria: Gioja Edoardo, Violato Andrea; Clinica dermosifilopatica: Armuzzi Giuseppe, Balbi Edoardo, Monacelli Mario, Sparacio Benedetto; Clinica ostetrico-ginecologica: Pensa Pasquale, Scontrino Alberto; Clinica pediatrica: Vitetti Giuseppe, Laurinsich Alessandro; Fisiologia sperimentale: Castagna Stefano; Fisiologia umana: Galamini Antonio; Medicina del Lavoro: Giannini Cesare; Odontoiatria e Protesi dentaria: Casarotto Girolamo, Corradi Giovanni, Saraval Umberto, Taviani Siro; Ortopedia e Traumatologia: Nastrucci Guido; Patologia generale: Gentile Francesco; Patologia speciale chirurgica: Barco Paolo, Clemente Giuseppe, Palma Raffaele, Rossi Carlo; Patologia speciale medica dimostrativa: Puxeddu Efisio, Urizio Lino; Radiologia ed Elettroterapia: Montessori Alfonso.

NOTIZIE DIVERSE.

35° Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

Si terrà in Genova durante la prima quindicina del mese di ottobre del corrente anno.

I temi in discussione all'ordine del giorno sono:

1) *Splenomegalie emolitiche.* Relatore: prof. Ferdinando Micheli.

2) *Le micosi dell'apparato respiratorio.* Relatori: proff. Giovanni Boeri e Iginio Jacono.

3) *Le gangrene spontanee degli arti con speciale riguardo alle endocarditi obliteranti.* Relatore di parte medica: prof. Guglielmo Scala; relatore di parte chirurgica: dott. A. Ciminada.

4) *Le lesioni croniche delle vie respiratorie in rapporto alle esigenze della vita militare.* Relatore: tenente-colonnello medico dott. Gino De Logu.

Per informazioni e schiarimenti rivolgersi al Presidente del Comitato ordinatore del Congresso: prof. Nicola Pende, direttore della R. Clinica Medica di Genova

25° Congresso della Società italiana di dermosifilografia.

Si è svolto dal 9 all'11 maggio in Milano. All'inaugurazione intervennero il rettore dell'Università sen. Rossi, il medico provinciale dott. Pampana, il direttore degli Ospedali prof. Ronzani, il generale medico dott. Massarotti ed altre personalità; era ospite il prof. Hoffmann di Berlino.

Daremo prossimamente un resoconto dei lavori.

Il 5° Congresso internazionale di medicina e farmacia militare.

Il 6 corr. ha inaugurato a Londra i suoi lavori il quinto congresso di medicina e farmacia militare, in cui sono rappresentate 40 nazioni.

La delegazione italiana presieduta dal tenente generale medico Riva e dal maggior generale medico Tobia era composta anche del colonnello Caccia, del console Libman, dei tenenti colonnelli Casarini, Fiorenza e Delogu e del tenente colonnello chimico farmacista Fagniello.

Il Ministro della guerra britannico ha rivolto ai congressisti un caloroso saluto inaugurando il congresso.

Quindi il generale medico inglese Fell ha ringraziato il colonnello Casarini per la sua bella pubblicazione offerta in omaggio al corpo sanitario inglese e intitolata: « La signora della lampada », pubblicazione che è dedicata alla memoria di Florence Nightigale.

La sera i congressisti sono stati ricevuti dal Principe di Galles a Palazzo S. Giacomo. Sono intervenuti poi ad un banchetto offerto in loro onore dal Governo britannico.

Una corona con nastri recanti lo scudo Sabaudo ed il Fascio Littorio è stata deposta dai delegati nel cenotafio dedicato alla memoria dei medici britannici caduti in guerra.

Daremo prossimamente un breve resoconto dei lavori.

2° Congresso della Stampa Medica Latina.

La Federazione della Stampa Medica Latina terrà il suo secondo convegno a Madrid verso la metà del mese di ottobre.

Tale decisione venne presa in un'adunanza dell'Associazione della Stampa Medica Francese (A. T. M. F.), tenutasi a Parigi sullo scorcio del 1928, sotto la presidenza del prof. Loeper e con l'intervento del dott. Le Sourd, presidente onorario. Questa riunione riuscì molto numerosa. Vi era largamente rappresentata anche la Federazione della Stampa Medica Latina, da due vicepresidenti, prof. A. Austregesilo (di Rio de Janeiro) e dott. F. Coca (di Madrid) e da parecchi membri quali i proff. Domiguez (di Avana), J. Bejerano (di Bogota), i dottori F. Conde Jahn e Lizarrage (di Caracas), A. Nemours-Auguste (di Haiti), Zapata (di Bogota). Vi era anche rappresentata, dai sigg. Choay e Foumouze, la Camera sindacale dei fabbricanti di prodotti farmaceutici, che generosamente si mise a disposizione per costituire l'ufficio amministrativo dell'A. P. M. F.

In quella occasione il dott. L. M. Pierra, l'attivissimo segretario generale dell'Associazione francese e della Federazione, annunziò che l'Associazione della Stampa Medica Argentina, appena costituitasi, aveva aderito alla Federazione. Egli illustrò anche i miglioramenti che sarebbero stati portati al periodico « Acta Medica Latina », organo ufficiale della Federazione.

Tra i temi da trattare al prossimo convegno federale sono stati fissati per ora i seguenti: la stampa medica gratuita, gli scambi tra i periodici federati, risorse finanziarie per la fondazione di una Cassa centrale della Federazione.

Giova sperare che la stampa medica italiana riesca a riorganizzarsi prima del convegno e che vi sia ufficialmente rappresentata.

Il 1° Congresso mondiale delle biblioteche e di bibliografia.

L'annunziato Congresso mondiale delle biblioteche e di bibliografia — che il Capo del Governo ha disposto sia tenuto in Roma ed a Venezia — sarà presieduto, come è noto, dal ministro della Pubblica Istruzione on. Belluzzo. Il Cimitato esecutivo è presieduto dall'on. sen. conte Antonio Cippico; vice-presidente è il direttore generale per le accademie e biblioteche dott. F. Alberto Salvagnini; segretario generale e il prof. Vincenzo Fago, capo del R. Ufficio di scambi intellettuali con l'Estero al Ministero della Pubblica Istruzione.

Il programma ufficiale delle giornate romane si svolgerà dal 14 al 19 giugno.

Dal 20 giugno al 1° luglio verranno effettuati viaggi e gite a Napoli, Montecassino, Firenze, Bologna, Venezia — ove si chiuderà il Congresso — Urbino, Milano, Torino, Genova, Trieste.

La Mostra Nazionale di Storia delle Scienze.

La Mostra è stata solennemente inaugurata a Firenze dal nostro Sovrano, con l'intervento di altissime personalità della politica e della scienza. Il discorso inaugurale fu tenuto dal ministro della P. I.

Particolarmente copiosi e significativi sono i cimelî e i documenti che si riferiscono alle scienze naturali e mediche, dal primo microscopio composto di Amici alle cere anatomiche del Museo Flajani degli Ospedali Riuniti di Roma.

Mostra della Stampa Medica Italiana.

La « Mostra della Stampa Medica Italiana » (Milano 12-27 aprile 1929 - VII) ha raccolto periodici italiani di ogni categoria ed ha raggiunto lo scopo di dimostrare, di fronte al grande pubblico, la forte vitalità della Stampa Medica Italiana. La parola di illustri Maestri ha dato risalto ai periodici di ciascuna disciplina, e il testo delle singole relazioni sarà inviato a tutti i periodici che lo richieggano a U. S. M. I. (via Vallazze, 39 - Milano).

Sono pervenuti all'« Ufficio Stampa Medica Italiana » (U. S. M. I) i seguenti contributi volontari di periodici i quali hanno partecipato alla Mostra: « Archivio Fascista di Medicina Politica » (Parma), L. 50; « Giornale di Clinica Medica » (Parma), L. 50; « Note di Terapia Pratica », dottor Borromeo (Milano), L. 50; « Pathologica » (Genova), L. 50; « Progressi di Terapia » (Milano), lire 250; « Rinnovamento Medico » (Genova), L. 100; « Rivista di Terapia Moderna », dott. Zoia (Milano), L. 100; « Rivista di Terapia Pratica », dott. Zambeletti (Milano), L. 250; « Terapia » e « Bollettino Istituto Sieroterapico Milanese », L. 300. Totale L. 1200. Restando a carico dell'U. S. M. I., come era stato annunciato, le spese per la organizzazione della Mostra, la somma di lire « milleduecento » venne inviata al capit. medico dott. Federigo Bocchetti (Anzio) per gli Orfani dei medici caduti in guerra.

Resteranno presso l'U. S. M. I. le raccolte dei periodici, le quali non siano state ritirate dagli interessati, e non siano state richieste entro un mese dalla chiusura della Mostra.

L' Istituto Nazionale del cancro.

Col primo maggio si è compiuto l'anno dall'inizio dell'esercizio dell'Istituto Nazionale Vittorio Emanuele III per lo studio e la cura del cancro, inaugurato da S. M. nell'aprile 1928 e diretto dal prof. Fichera.

Due dati testimoniano chiaramente il rapido cammino compiuto e l'alta considerazione raggiunta dal grandioso benefico Ente. La degenza cominciata con un nucleo di 23 ricoverate, trasferito dall'Oncoterapia Ginecologica di via Commenda, ha superato stabilmente la media quotidiana di 100 infermi e continua nel suo progressivo aumento.

L'attenzione dei sanitari e degli studiosi italiani o stranieri è sempre più vivamente rivolta a questo Istituto, che altre Nazioni prendono a modello nelle loro iniziative. Durante questi mesi, oltre a ricevere la visita dei partecipanti alla Giornata medica indetta dal Comitato della Fiera e quella della Comitiva organizzata dalla Sezione d'Igiene della Lega delle Nazioni, l'Istituto è stato a lungo esaminato dai proff. Sluys di Bruxelles, Carulla di Bercellona, Arcidiacono di Cordova, Mainini di Buenos Ayres, Silva di Porto, Ruxe di Manilla. Particolare importanza hanno rivestito la visita del prof. Blumenthal, direttore dell'Istituto del cancro di Berlino, venuto per trarre elementi utili alla costruzione dei nuovi locali ed impianti; non che quella dedicata dal prof. Bela Johan, direttore dell'Istituto d'Igiene pubblica di Budapest, inviato dal proprio Governo e dalla Fondazione Rockefeller, per preparare i piani di un Istituto del cancro da far sorgere, quanto prima, nella capitale ungherese.

Cifre e fatti che mentre incoraggiano ed onorano l'Ente, dimostrano come l'attività dell'Istituto vada assumendo importanza pari alle esigenze terapeutiche e sociali della lotta contro il cancro; le quali formano l'immediato obiettivo del complesso, vasto piano di lavoro e di studi dell'Ente stesso.

Istituto per l'assistenza ai grandi invalidi del lavoro.

Il Ministro dell'Economia on. Martelli, di concerto col Capo del Governo e Ministro per le Corporazioni, e col Ministro delle Finanze, ha presentato al Senato l'annunziato disegno di legge per la creazione di un Istituto Nazionale per l'assistenza ai grandi invalidi del lavoro.

L'Istituto avrà sede a Milano. È posto sotto la vigilanza del Ministero dell'Economia. Suoi scopi sono: il ricovero, la cura, compresa l'ortopedia e la fornitura di protesi, la rieducazione professionale, il collocamento ed in genere ogni altra forma di assistenza a favore dei grandi invalidi del lavoro.

Ospedali-Sanatori in Sicilia.

Il Comitato speciale per la Tubercolosi istituito presso la Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali, ha stabilito, nella recente sessione, di erigere cinque grandi ospedali sanatoriali in Sicilia e precisamente nelle città di Palermo, Messina, Catania, Caltanissetta e Siracusa.

Una simile deliberazione, che è il risultato di indagini dirette eseguite dai tecnici della Cassa nella visita a tutte le provincie della Sicilia, ha posto nella migliore evidenza la perfetta concor-

dia e lo spirito di viva collaborazione tra la Sanità pubblica, la Cassa Nazionale ed i Consorzi, nella impostazione e nella risoluzione di questo essenziale problema di difesa sociale.

Il piano organizzativo affidato al maggiore Istituto della previdenza in Italia, ha avuto il suo inizio nelle regioni del Mezzogiorno e particolarmente nella Sicilia, in considerazione delle notevoli deficienze che ivi presenta ancora l'assistenza ospedaliera, specialmente per quanto concerne la lotta antitubercolare.

Un simile criterio, coerente alle direttive del Capo del Governo e perfettamente rispondente alla larga politica di risanamento ambientale ed umano intrapresa dal Governo Fascista, consentirà al più presto la disponibilità di oltre 1000 letti ospedaliero-sanatoriali in Sicilia, mentre non precluderà la via ad ulteriori sviluppi, qualora le esigenze delle regioni ed il desiderabile incremento del contingente assicurativo ne riveleranno la necessità.

Il Capo del Governo ha ricevuto il sen. Garbasso, presidente della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali, il quale gli ha riferito sulla organizzazione antitubercolare in Sicilia.

Istituzioni antitubercolari in provincia di Alessandria.

La Commissione Reale per la Provincia di Alessandria ha disposto perchè sorgano in tutti gli ex capoluoghi di circondario della provincia dei tubercolosari e negli ex-capoluoghi di mandamento dei dispensari antitubercolari.

Per Casale la Commissione Reale ha erogato lire centomila, provenienti da estrazioni delle azioni delle ferrovie del Monferrato, onde sorga al più presto colà un padiglione annesso all'ospedale, capace di una sessantina di letti.

Per Asti saranno erogate lire cinquantamila sullo stesso fondo al fine di meglio dotare l'attuale istituto antitubercolare annesso all'ospedale, di mezzi moderni ed efficienti per la lotta antitubercolare.

Per Acqui, unico ex-capoluogo di circondario non ancora munito di tali mezzi, si stanno studiando provvedimenti atti a costituire un riparto antitubercolare di sufficiente potenzialità.

I dispensari attualmente esistenti sono dieci e la Commissione Reale ha allo studio l'aumento di questi colla costituzione di nuovi dispensari a Castelnuovo Scrivia, Ovada, Gavi, Costigliole di Asti, Novi Ligure. Per iniziativa del colonnello dottor Castellani, la Croce Rossa Italiana di Alessandria ha stabilito di istituire, con il concorso di vari enti locali, un dispensario mobile che non mancherà di portare benefici effetti nella lotta antitubercolare.

La Commissione ha acquistato una villa con parco a Diano Marina, per adibirla a Colonia per la cura dei bagni di mare e di sole a disposizione del Comitato. La provincia aveva stanziato lire 500.000. Ora si sta per preparare anche un Preventorio permanente pei fanciulli gracili e predisposti alla tubercolosi.

L'assistenza climatica e balnearia in provincia di Milano.

Un rendiconto morale e finanziario pubblicato dal « Consorzio per l'assistenza climatica e balneare per la fanciullezza » prospetta l'opera del suddetto Istituto cha ha compiuto il sesto anno di vita ed è diretto dall'on. Beniamino Donzelli.

Il Consorzio ha per scopo principale di assistere, mediante tenui rette da parte delle famiglie, la fanciullezza bisognosa di cure climatiche marine e montane, e se del caso di cure elioterapiche, chirurgiche, solforose, ecc., ecc. Il Consorzio ormai dispone di Colonie proprie al mare e ai monti e all'occasione ricorre a colonie d'altri enti similari. È così che nel 1928, nella colonia montana di Verano Brianza, di proprietà del Consorzio, furono ammessi 242 fanciulli; nella colonia marina di Zinola e di Legino (Savona), sempre di proprietà del Consorzio, 1323, per un periodo di 30, 45, 60 giorni, a seconda delle richieste e delle condizioni di salute degli ammessi; nelle colonie marine di Cervia, di Pra, di Pegli, appartenenti ad altri enti, furono collocati a cura del Consorzio più di altri 400 fanciulli. Ne furono pure inviati alcuni alle cure solforose di Tubino. La spesa effettiva per il funzionamento di queste colonie fu per il 1928 di lire 640 mila circa, solo in parte sostenuta dalle rette pagate dalle famiglie.

Per 200 lire si hanno trenta giorni di cura montana o marina; per 265, quaranta giorni; per 400, sessanta giorni, compreso il viaggio di andata e ritorno a Milano, e i bimbi sono provvisti di tutto ciò che è necessario per lo svago, per la cura, per lo studio.

L'opera della Maternità ed Infanzia in provincia di Arezzo.

Il Comitato provinciale aretino dell'Opera per la protezione della maternità e dell'infanzia, presieduto dal podestà col. Guido Guidotti-Mori, ha conquistato in Italia uno dei primi posti.

Nella provincia sono sorti 53 Comitati di patronato, alcuni dei quali si sono veramente distinti, come quello di Arezzo. Nel 1927 la Federazione aretina dell'Opera maternità e infanzia provvide al ricovero di 46 fanciulli; nel 1928 di 77. Nel 1927 furono inviati alle colonie marine, montane od estive 279 fanciulli; nel 1928, attraverso la Delegazione Provinciale dei Fasci femminili, più di 1200 ne furono inviati al mare ed ai monti ed altri in colonie fluviali, ecc. Funzionano ottimi ambulatori ad Arezzo, Poppi, S. Giovanni Valdarno. È in progetto l'erezione di una « Casa del bimbo » ad Arezzo. Il brefotrofio di Arezzo verrà radicalmente trasformato o soppresso. Sono stati assegnati molti sussidi personali e molte sovvenzioni ad Opere Pie che si occupano dell'infanzia.

Preventorio Anna Torrigiani.

Questo preventorio, istituito dalla Croce Rossa nel Fiesolano, a poco più di un anno dalla sua fondazione è in pieno sviluppo: ricovera 71 bambini d'ambo i sessi provenienti da ambienti tubercolotici. È diretto dal prof. Emilio Bufalini.

Una “giornata igienica nazionale„.

L'Associazione italiana per l'igiene ha rivolto un appello alle sezioni, perchè si adoperino alla sollecita attuazione del programma stabilito dal Direttorio nazionale e che comprende anzitutto l'attuazione del « Premio Pagliani » per l'igiene

domestica, consistente in premi agli inquilini di case popolari che si distingueranno per la pulizia, la conservazione e la tenuta igienica degli alloggi. Come preparazione della « festa del fiore », che si celebrerà ovunque nella ricorrenza dello Statuto, sarà organizzata, nella seconda quindicina di maggio, una « giornata igienica nazionale », dedicata a conferenze che avranno per tema: « La lotta contro la tubercolosi ».

Cattedre vacanti nelle Facoltà Mediche.

Da « La Rassegna Internazionale di Clinica e Terapia » (apr. 1929) si apprende che vacano attualmente le seguenti cattedre (coperte per incarichi): 5 di Clinica oculistica; 5 di Patologia chirurgica; 5 di Patologia medica; 3 di Clinica medica; 2 di Anatomia normale; 2 di Anatomia patologica; 2 di Clinica delle Malattie mentali e nervose; 2 di Clinica pediatrica; 2 di Fisiologia; 2 di Patologia generale; 1 di Clinica chirurgica; 1 di Clinica dermosifilopatica.

Aumento di cattedre alla Facoltà medica di Napoli.

Con R. D. 28 marzo 1929 n. 497 pubblicato sulla *Gazz. Uff.* 22 apr. 1929, n. 94, i professori di ruolo nella R. Università di Napoli per la Facoltà di Medicina e Chirurgia sono portati a 26 a partire dal 1° aprile 1929.

Viaggio di Studio per Medici in Francia.

Il 22° V. E. M. francese avrà luogo dal 3 al 14 settembre, e sarà diretto dai proff. Paul Carnot, M. Villaret, M. Piéry.

Saranno visitati Vals (luogo di riunione), Briançon, Uriage, Villard-de-Lans, Saint-Pierre-de Chartreuse, il Sanatorio delle Petites Roches, Allevard, Challes, Aix-les-Bains, Annecy, Talloire, Menthon, Salins-Moutiers, Brides, Mégève, Combloux, Col de Voza, Saint-Gervais, Chamonix, Passy-Plainjoux, Evian, ove il viaggio avrà fine.

Il V. E. M. si svolgerà parte in treno speciale e parte in automobile. La quota d'iscrizione è di 950 franchi. Dalla frontiera a Vals e da Evian alla frontiera gli iscritti godranno di biglietti ferroviari individuali ridotti del 50 %.

Informazioni ed iscrizioni presso M.lle Machuré, segretaria dei V. E. M., 21, rue de Londres, Parigi.

Società belga di gastro-enterologia.

È stata costituita a Bruxelles una « Société belge de gastro-entérologie ». Alla seduta inaugurale furono invitati, come ospiti d'onore, i proff. Duval e Beclère di Parigi.

Per l' incremento demografico.

È stato presentato al Senato del Regno il disegno di legge contenente provvedimenti a favore dell'incremento demografico. Il disegno di legge è preceduto da una relazione del Capo del Governo on. Mussolini.

Il Naviglio di Milano scompare.

L'Amministrazione civica di Milano ha deliberato, per ragioni igieniche, la soppressione del Naviglio interno, così caratteristico della Metropoli lombarda.

Per i ciechi masseurs nel Belgio.

Il sig. Arone J. Cohen ha raccolto l'adesione delle maggiori autorità mediche delle quattro Università del Belgio, a favore di un *memorandum*, il quale esprime il voto d'istituire una Scuola centrale per l'insegnamento professionale del massaggio a ciechi dei due sessi, nonchè per un diploma unico e per un'Associazione di masseurs ciechi, sull'esempio del « National Institute for the Blind Association of Certificated Blind Masseurs » dell'Inghilterra.

Lotta contro i ratti in Danimarca.

Il Parlamento danese ha votato varie leggi per la distruzione dei ratti, in ragione dei danni che questi animali recano alla produzione alimentare e alla salute pubblica.

Per la distruzione si fa largo uso di « ratin » (a base di colture di *Bacillus typhi murium*, con cui s'impregna del pane) e di « ratinin » (varietà molto tossica di *Albarrinilla marittima*: questa si avvolge, a pezzi, entro carta stampata, verso la quale i ratti mostrano una spiccata preferenza pur non sapendo leggere...).

In memoria del prof. Barduzzi.

L'Accademia senese dei Fisiocritici ha invitato il sen. prof. Davide Giordano a commemorare l'illustre estinto. A Bagni San Giuliano parlerà il prof. Luigi Devoto.

La salma del prof. Barduzzi è stata reclamata dal Comune di Brisighella, ove sarà trasferita nel prossimo ottobre, per la qual'epoca uscirà un volume in cui sarà raccolto quanto si è fatto in onore del compianto Uomo.

Della Biblioteca lasciata dal prof. Barduzzi la parte scientifica è stata consegnata dal figlio all'Accademia dei Fisiocritici di cui il Barduzzi era Presidente; la parte letteraria-sociale è stata data al Comune di Bagni di San Giuliano e costituirà la Biblioteca « Barduzzi ».

Esercente illegale spiritista.

Si è svolto a Parigi un processo giudiziario contro certo Isidoro Pugliese, un italiano direttore d'orchestra, dedito allo spiritismo. Egli aveva scoperto di avere il dono di guarire dalle malattie apponendo le mani sul capo, come Luigi XVI. All'udienza addusse il venerando prof. Richet (conta ora 82 anni), il quale affermò di non constargli personalmente che lo spiritismo determini delle guarigioni, ma di non poterlo escludere, dacchè molti fatti non sono ancora spiegati dalla scienza. Il Tribunale, convintosi che il Pugliese traeva lucro dai suoi procedimenti, lo ha condannato a 100 franchi d'ammenda ed a 500 franchi d'indennizzo da corrispondere al Sindacato dei Medici della Senna.

La Guida Sanitaria del Piemonte.

Questa Guida, pubblicata per cura del dott. Luigi Meille di Torino, è al suo XXXIV anno di vita ed è, come i volumi precedenti, redatta con somma cura, tanto che, per la copia di tante notizie, si presenta di indiscutibile pratica utilità.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Münch. Med. Woch., 19 apr. — Gros. Prognosi della nefrite acuta. — H. Kliewe e W. Engelhardt. La « citocolreazione » di Sachs e Witebsky nella diagn. di sifilide.

Annales Fac. de Méd. (Montevideo), feb. — H. Roger. L'autolisi. — M. Haendel e A. Munilla. Metabolismo del cuore.

Riv. Ospedal., mar. — A. Manna. Poteri di difesa del peritoneo e dell'omento.

Bull. d. Sc. Mediche, gen.-feb. — M. L. Patrizi. Fisiologia integrale e antropologia. — C. Gamberini. Trattam. chirurg. dell'ulcera gastr. e duoden.

Rass. Clinico-Scientifica, ecc., 15 apr. — A. Ceconi. L'ipertensione arteriosa essenz. — O. Viana. Importanza clinica e sociale della blenorragia.

Giorn. di Cl. Med., 10 apr. — P. Perona. Esame degli apici e reperti radiologici. — C. Scaglioni. Terreni colturali a base di carne di animali a sangue freddo.

Spitalul, mar. — C. Angelescu e G. Bozoianu. Frattura dell'asse senza sintomi midollari.

Arch. Mal. du Coeur, ecc., apr. — R. Leriche e R. Fontaine. Fisiologia dell'anello di Vieussens.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 14 apr. — R. Rebizzi. Cisti sierosa del rene.

Giorn. Med. Alto Adige, apr. — C. Cattaneo. Clima di montagna e malattie della infanzia. — E. Polacco e A. Midana. Funzionalità pancreatica dopo resez. gastr.

Med. Ibera, 20 apr. — J. Benítez de Huelva. Curva della glicemia nei cancerosi. — E. Bonilla. Obesità e ipersurrenalismo.

Paris Méd., 10 apr. — Numero di fisioterapia.

Studium, 20 apr. — G. Lonero. Indice opsonico e reperto ematologico nelle setticemie da Brucella (melitensis, abortus). — G. Denes. La vaccinaz. locale con l'antivirus Besredka.

Tohoku Journ. exper. Med., 1 apr. — E. Tsukamoto. Il ricambio dell'ossigeno nel sangue. — H. Taketa. Azione diuretica degli ioni di Na, K, Mg e Ca. — T. Nomura. Alimentaz. parenterale.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 21 apr. — E. Gattò. Infezione associata melitense-malaria.

Giorn. Ital. di Dermatol. e Sifilol., apr. — E. Scomazzoni. Alterazioni del liquor nella sifilide e loro modificazioni con la malarioterapia. — C. Vadalà. Modificazioni ematologiche dei sifilitici nella malarioterapia. — A. Ambrogio. Fenomeni immunitarî nella blenorragia.

Acta Medica Latina, mar.-apr. — M. R. Castex. La dottrina dell'ipertensione arteriosa e stati ipertensivi.

National Journ. of China, apr. — C. K. Hu. Dermatitis gangrenosa infartum con batteriemia da Salmonella suipestifer. — C. Chi. Iperabduzione nella riduzione di vecchie lussazioni della spalla.

Riforma Med., 20 apr. — D. Taddei. Poliartrite anchilosante giovanile trattata con emiparatiroidectomia. — E. Sanfilippo. Sindromi appendicolari d'origine amebica

Rev. Méd. de Barcelona, mar. — M. Corachán. Nuovo processo di artroplastica del gomito. — A. Ferrer y Cagigel. Dati clinici e anatomopatologici forniti da 1000 casi. — J. Lentini Diaz. Sindrome gastrica dolorosa tardiva.

Presse Méd., 24 apr. — P. Vallery-Radot e al. Congiuntiviti anafilattiche e crisi congiuntivali negli asmatici.

Proc. R. Soc. Med., apr. — Discuss. su: prognosi e trattamento della paralisi gen. nei dementi. — Casistica.

Lancet, 27 apr. — X. H. Burgess. Occlus. intest. acuta. — A. C. Alfort. Anemia splenica

Münch. Med. Woch., 26 apr. — Paya e al. Teodoro Billroth. — Poppe. Infez. da Bang. — Grodzki. Encefalite da tifo esant.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. **V. Ascoli, Red. resp.**

ANNO XXXVI | Roma, 27 Maggio 1929 | Num. 21

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

Redattore Capo: Prof. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Ospedale di S. Giovanni Laterano in Roma
Sala Mazzoni. Primario: Prof. P. Alessandrini.

Le intradermoreazioni di siero di cavallo nella prognosi di alcune malattie

per il dott. Augusto Fiorentini, aiuto medico.

Il fenomeno dell'anafilassi è andato assumendo sempre maggiore importanza nel campo della biologia, della patologia generale e della clinica e mentre esso è servito dapprima a dare l'interpretazione di alcuni fenomeni ritenuti fino a poco tempo fa oscuri, va ora assumendo importanza nella clinica, dal punto di vista diagnostico, prognostico e curativo.

Si deve intendere per anafilassi la proprietà che hanno alcune sostanze introdotte più volte nell'organismo per via parenterale, di accrescere la speciale sensibilità che l'organismo presenta verso di esse, mentre la prima iniezione, anche se di dose forte, viene tollerata senza dare speciali reazioni. L'anafilassi è cioè una speciale sensibilità dell'organismo verso sostanze estranee, che sono in genere costituite da proteine di origine animale, vegetale o batterica. È noto che l'azione di una sostanza antigene introdotta nell'organismo, non soltanto provoca delle sensibilizzazioni o degli anticorpi specifici, rispetto ad essa, ma può suscitare nello stesso tempo delle sensibilizzazioni per altri corpi affini all'antigene, ossia delle altre sensibilizzazioni non specifiche (etero-anafilassi). Così un soggetto sensibilizzato da una determinata infezione non solo reagirà all'antigene che ha prodotto l'infezione, ma potrà reagire anche ad altri antigeni di natura diversa. Con questo meccanismo si spiegano anche le agglutinazioni di gruppo, per esempio quelle che il siero di un tifoso provoca oltre che nei bacilli del tifo, anche in quelli del paratifo (Vidal, Sicard e Ravault). Il fenomeno dell'etero anafilassi assume in pratica una grande importanza, perchè può essere utilizzato nella diagnosi e nella cura di alcune malattie, così ad esempio in assenza di un antigene luetico se ne potrà usare uno affine o non specifico (cuore di cavia, invece di fegato di eredoluetico), come pure in mancanza di un siero antidifterico, potremo ricorrere, per combattere la difterite, ad un siero preparato contro

altri germi o tossine o perfino alle iniezioni di latte, proteine ecc.

Dujardin e Decamps insistono sull'importanza che pare assuma il fenomeno allergico nella evoluzione della sifilide e cercano di saggiare questo speciale stato per mezzo di intradermoreazioni, perchè pensano che l'allergia cutanea, non è che la manifestazione cutanea dell'anafilassi.

Il metodo delle intradermoreazioni permetterebbe, secondo gli autori, di osservare meglio le fasi del fenomeno, di misurare in modo abbastanza preciso l'intensità delle reazioni e di mostrare sopratutto che esiste in un dato soggetto, una ineguale capacità di sensibilizzazione, per cui uno potrà rispondere ora in modo allergico, ora coi fenomeni dell'immunità. Se potesse risultare dimostrato che lo stato di allergia o di anallergia rappresenti un elemento prognostico di grande valore, sarebbe giustificato all'evidenza quanto sia indispensabile ricercare in ogni sifilitico il comportamento delle reazioni per stabilire, con una prognosi più esatta, fin dove sia possibile insistere nella cura.

È ovvio che per ricercare questo speciale stato di allergia l'antigene specifico debba dare i risultati più probativi ed anche più efficaci e già in tal senso alcuni autori hanno indirizzato le loro ricerche preparando delle tossine del treponema (luetina di Noguchi, pallidina di Nicolas, luetine di Lederè, di Mulford e Bussòn), ma non sempre riesce conveniente usare tali antigeni, anche per la difficoltà di acquistarli e di poterli usare su larga scala. E allora, basandosi sul concetto dell'etero anafilassi, dianzi accennato, si è fatto il tentativo di usare anzichè antigeni specifici, delle sostanze aspecifiche. A tale scopo Dujardin e Decamps hanno adoperato per le loro esperienze l'hemostil-siero, ma si possono usare anche altre sostanze, come tubercolina, latte, proteine ecc. I su citati autori hanno fatto base del loro studio l'infezione luetica e distinguono in questa malattia individui allergici ed anallergici: i primi sono quelli a reazione pronta, positiva, in cui la malattia ha tendenza a localizzarsi ed è quindi passibile di guarigione; i secondi sono quei malati che non presentano reazione alcuna dopo l'iniezione di proteina aspecifica, sono cioè individui in cui l'infezione ha carattere progressivo fino a raggiungere i gradi più elevati dell'inguaribilità.

Gougerot e Peyre riprendendo le esperienze di Dujardin e Decamps hanno intrapreso, in soggetti sifilitici, lo studio delle intradermoreazioni, specialmente dal punto di vista della prognosi, ottenendone dei risultati se non definitivi, per lo meno di grande interesse pratico.

Partendo dal concetto dei su citati autori io ho voluto non solo controllare tale fatto nei riguardi della sifilide, ma esperimentare nelle varie malattie il fenomeno dell'intradermoreazione con una proteina aspecifica e stabilire, se possibile, quali risultati si potessero ottenere dal punto di vista pratico.

Nella scelta della proteina si è data la preferenza al siero di cavallo, perchè di facile acquisto e privo di seri inconvenienti.

Il siero di cavallo adoperato proveniva dall'Istituto Sieroterapico Milanese e dall'Istituto Sieroterapico Nazionale.

La dose iniziale è stata quella di cmc. 0,2-0,3 e le iniezioni sono state praticate ad intervalli di sette-otto giorni, aumentando la dose di 1/10 di cmc. alla volta fino ad iniettarne un massimo di un cmc. In genere il numero delle intradermoreazioni è stato di due, ma in un certo numero di infermi è stato anche maggiore (fino a dieci) allo scopo di seguire il comportamento della reazione con dosi progressivamente crescenti.

L'ago per l'intradermoreazione deve essere piuttosto sottile a punta ben tagliente; la siringa di vetro, graduata a decimi di cmc. e sterilizzata coll'ebollizione. L'iniezione va fatta esclusivamente nel derma, dove forma la caratteristica buccia d'arancio e viene praticata il mattino a digiuno. La sede più opportuna dell'iniezione è sembrata la regione esterna del braccio al terzo superiore. L'osservazione dev'essere fatta subito dopo l'iniezione, perchè non è infrequente il caso di reazioni che avvengono pochi minuti dopo la penetrazione del siero nel derma, poi si segue l'ammalato di tre in tre ore.

Nei riguardi del tempo la reazione ha questo diverso comportamento:

1) può essere immediata;

2) può manifestarsi nelle prime ventiquattro ore;

3) può presentarsi dopo uno od anche più giorni.

Nei riguardi dell'intensità la reazione può risultare:

1) negativa (—);

2) positiva leggera (+);

3) positiva mediocre (+ +);

4) positiva intensa (+ + +).

Si deve considerare la reazione come negativa, allorchè nel punto d'inoculazione, non si forma alcun fenomeno di arrossamento locale e il siero introdotto non lascia che un piccolo sollevamento che sparisce entro 24 ore.

La reazione positiva invece può assumere,

come si è detto, diversi gradi, da quello più lieve, in cui si forma attorno al punto iniettato una macula o papula arrossata, di diverso diametro accompagnata da senso di calore, di prurito e spesso di dolore; alla reazione di media intensità, in cui, oltre ai suddetti fenomeni, si può formare anche un edema più o meno diffuso, fino alla reazione intensa nella quale l'edema può prendere tutto il braccio e parte dell'avambraccio ed è accompagnato da febbre e da ingorgo ghiandolare delle ghiandole linfatiche viciniori.

Quando la reazione è intensa, entro la prima ora, tal volta anche dopo pochi minuti, si forma nel punto inoculato, un sollevamento biancastro, come un ponfo di orticaria, del diametro di due o tre centimetri, a margini sollevati, irregolari, intorno al quale dopo circa due ore si forma un alone di arrossamento, che può assumere, a seconda dell'intensità di reazione, diversa ampiezza (da 2 a 5 cm.). L'alone è di un colorito roseo o rosso intenso egualmente diffuso talvolta discontinuo, di forma varia, ovalare, ellittico, fogliforme, a margini netti o frastagliati; con l'andar del tempo e fin verso la decima ora l'alone ha tendenza ad estendersi ed a raggiungere persino i 12 cm. di diametro. Dopo le 24 ore, talvolta anche prima, si può formare un edema dapprima localizzato intorno alla regione iniettata, poi più diffuso fino a tutto il braccio, con arrossamento e senso di calore, dolore e prurito. Tale edema aumenta d'intensità fino alla 36ª ora e si accompagna talvolta a febbre e a ingorgo delle ghiandole linfatiche viciniori, in genere quelle della regione ascellare.

In alcuni casi, specie in malati di petto, si risveglia dolore al torace, aumenta la tosse e la febbre, come si trattasse di una vera e propria reazione a focolaio. Dopo il secondo giorno diminuisce il rossore e l'edema nelle parti superiori del braccio, specie nella zona intorno al punto inoculato e l'edema diminuito in alto scende e si localizza nella parte inferiore del braccio. Dopo il terzo giorno resta una zona di infiltrazione ancora un po' arrossata, che va assumendo gradatamente una colorazione giallo verdastra tutt'attorno al punto di inoculazione. Dopo il quarto giorno rimane una piccola zona infiltrata di colorito giallastro. Fra il quinto e il settimo giorno lo stato della pelle torna al normale.

Ho voluto indugiarmi a descrivere la forma grave per comprendere le forme attenuate, in cui la reazione può durare appena un giorno talvolta solo poche ore, oppure essere talmente fugace da non dare che un lieve arrossamento senza alcun sintoma subbiettivo.

In qualche raro caso l'edema raggiunge persino l'avambraccio e può presentarsi come un edema bianco, dolente, senza arrossamento.

Alcune volte nel punto di inoculazione si forma un'escara nera e questo capita quando la quantità di siero iniettata si avvicina ad un cmc., ma tal volta anche con dosi minori. L'escara può formarsi entro le 24 ore, permane più giorni e si elimina dopo circa una settimana.

La reazione febbrile si manifesta eccezionalmente e spesso non rappresenta che un'accentuazione di movimenti febbrili già preesistenti. L'altezza della temperatura non supera i 39 gradi e la durata non oltrepassa le 48 ore. L'acme della febbre corrisponde al momento di maggior intensità di reazione e si dilegua man mano che risolvono le reazioni della cute.

Nel periodo delle esperienze, durato circa quattro mesi, sono state praticate circa 700 reazioni sopra 223 inferme di Sala, degenti per varie malattie, che, per facilità di studio, ho voluto raggruppare secondo i vari apparati.

Per ragioni di brevità si sottintende per il segno + reazioni tutte positive; per il segno — reazioni tutte negative; per il segno — + reazioni negative diventate positive; per il segno + — reazioni positive diventate negative; per il segno — + — reazioni all'inizio negative, diventate poi positive e tornate negative.

	N. casi	+	—	+—	—+	—+—
APPARATO RESPIRATORIO						
Bronchite acuta	2	1		1		
Bronchite cronica . . .	6		2	3	1	
Bronchite asmatica . . .	1	1				
Polmonite	3	1		2		
Bronco-polmonite . . .	2			1	1	
Totale . . .	14	3	2	7	2	
MALATTIE TUBERCOLARI						
Tubercolosi polmonare . .	27	10	6	8	3	
Pleuriti	9	2	0	5	2	
Tubercolosi ghiandolare .	1				1	
Tubercolosi renale . . .	2		1	1		
Artrosinoviti	1		1			
Peritoniti e polisierositi .	3	1	1			1
Totale . . .	43	13	9	14	6	1

	N. casi	+	−	+−	−+	−+−
APPARATO CARDIOVASCOLARE						
Aritmie	1			1		
Insufficienza cardiaca . . .	8	1	3	4		
Pericardite	1	1				
Stenosi e insuff. mitral. .	6	2	1	2	1	
Insuff. aortica	2		1	1		
Arteriosclerosi	32	5	9	14	2	2
Flebiti	1			1		
Totale . . .	51	9	14	23	3	2
APPARATO DIGERENTE						
Ulcera gastrica	1			1		
Enterocolite	3	1	1	1		
Appendicite	3	1		1	1	
Calcolosi epatica	4	1	2	1		
Ittero	1		1			
Congestione e insufficienza epatica	6	3		2		1
Stitichezza cronica . . .	1	1				
Elminti	1		1			
Totale . . .	20	7	5	6	1	1
APPARATO URINARIO						
Nefriti	2		1	1		
Calcolosi renali	1		1			
Totale . . .	3		2	1		
MALATTIE DEL SANGUE E GHIANDOLE LINFATICHE						
Malattia di Hodking . . .	1			1		
Anemia perniciosa . . .	1					1
Anemie secondarie . . .	1					1
Totale . . .	3			1		2
MALATTIE INFETTIVE						
Reumatismo artic. acuto .	2	1		1		
Eresipela	1					1
Influenza	19	10	3	5		1
Febbre tifoide	2	1	1			
Tonsilliti	1			1		
Totale . . .	25	12	4	7		2

	N. casi	+	−	+−	−+	−+−
APPARATO GENITALE						
Metriti e annessiti . . .	14	9		4		1
Gravidanza	10	5	1	3	1	
Totale . . .	24	14	1	7	1	1
ORGANI DI MOVIMENTO						
Artriti croniche	3			1	1	1
SISTEMA NERVOSO						
Sindrome parkinsoniana .	4	1	2			1
Nevralgie	5	3	1	1		
Emiplegie, paraparesi . .	5	1	1	2	1	
Isteria	1			1		
Totale . . .	15	5	4	4	1	1
MALATTIE DERMO-SIFILITICHE						
Lues	18	3	2	10	3	
Eritema polimorfo . . .	2		1	1		
Totale . . .	20	3	3	11	5	
Avvelenamenti	1	1				
Contusioni	1		1			
Ferite	1			1		
Tumori	2		1	1		
Totale . . .	5	1	2	2		

Il numero delle reazioni praticate ad ogni inferma viene suddiviso come segue:

N. 24	inf.	N. 1	intradermoreazioni	24
» 87	»	» 2	»	174
» 39	»	» 3	»	117
» 29	»	» 4	»	116
» 16	»	» 5	»	80
» 12	»	» 6	»	72
» 9	»	» 7	»	63
» 2	»	» 8	»	16
» 4	»	» 9	»	36
» 1	»	» 10	»	10
Totale 223			Totale reazioni	708

Delle intradermo-reazioni eseguite n. 65 sono state positive fin dalla prima iniezione e n. 46 sono state invece ripetutamente negative. In altri casi la reazione è risultata positiva alla seconda intradermoreazione per una maggiore sensibilizzazione del soggetto e così si è mantenuta positiva anche fino alla decima intradermoreazione. In un certo numero di casi e cioè in 28 la intradermoreazione positiva alle prime prove, si è andata rapidamente esaurendo fino a diventare nettamente negativa.

In otto casi invece la reazione è stata molto intensa e la maggiore intensità si è avuta alla seconda o terza iniezione e più raramente alla prima. Tal volta la reazione molto intensa persiste a lungo, si ritrova fino all'ottava o decima iniezione e si riscontra in una certa frequenza nella tubercolosi.

Le inferme affette da malattie tubercolari sono state 43 e di queste nove hanno dato le intradermoreazioni costantemente negative. Questi casi negativi appartengono a soggetti in condizioni generali gravi con tubercolosi polmonare a tendenza evolutiva, con bacillo di Koch positivo nell'espettorato, con frequenti complicazioni (renali, peritoneali, ossee). In sei casi la reazione dapprima leggermente positiva si è andata attenuando, fino a scomparire e di questi, tre presentavano lesioni polmonari bilaterali, in condizioni abbastanza gravi, due pleurite essudativa, uno infiltrazione apicale, complicata da eritema nodoso. La reazione positiva si è riscontrata in genere in soggetti in buone o discrete condizioni generali, affetti da infiltrazione apicale iniziale o da pleurite; solo in due casi ad una reazione positiva ha fatto riscontro uno stato generale grave con tubercolosi polmonare. In un caso, di pleurite essudativa sinistra si è notato che la reazione positiva all'inizio, si è fatta in seguito negativa; la paziente uscì dall'Ospedale clinicamente guarita, ma si ripresentava dopo circa due settimane, perchè affetta da dolore toracico dall'altro lato, che fu l'inizio di un versamento pleurico anche a destra.

In 22 malate sono state praticate anche le cutireazioni alla tubercolina e di queste 15 sono state positive e sette negative. Si è notato che non esiste un rapporto costante tra positività di intradermoreazione e di cutireazione, potendosi verificare il caso di intradermo positiva e di cutireazione negativa; il caso inverso e cioè cutireazione positiva e intradermo negativa si è riscontrato solo in tre malate, affette da tubercolosi polmonare, con complicazioni renali, di cui due vennero rapidamente a morte e la terza, con segni di tubercolosi bilaterale evolutiva, versa attualmente in gravi condizioni.

Lo studio comparativo delle reazioni locali ottenute con mezzi specifici (tubercolina) ed aspecifici (latte, sieri ecc.) è stato oggetto di una serie di numerose ricerche da parte di diversi autori (Klemperer e Luwin, Sons e Mikulicz, A. Busacca, G. Aiello ecc.) i quali, a dire il vero, non sono d'accordo nell'ammettere un certo parallelismo fra reazione specifica e aspecifica. Però indagini eseguite da Signorelli e Bufalini (1919-1920) e in seguito da Bastai e Pietra danno la chiara dimostrazione che questo parallelismo evidentemente esiste e che quando questo manchi, come in alcuni nostri casi, la spiegazione va ricercata nel fatto che la tubercolina presenta un certo grado di specificità, la quale si traduce nella più squisita sensibilità dell'organismo tubercoloso di fronte alla tubercolina, nell'ampiezza di reazione più grande che provoca questa sostanza e nell'abituale maggior persistenza delle reazioni locali specifiche in confronto di quelle aspecifiche (Micheli).

Nelle nostre malate affette da tubercolosi in condizioni gravi, quando l'organismo aveva di già perduto qualsiasi potere reattivo di fronte alle proteine del siero, era ancora capace di reagire all'iniezione di tubercolina.

È da ritenersi pertanto, nonostante le indubbie analogie, finchè non sia meglio conosciuta l'intima essenza di questo fenomeno, che le due forme di ipersensibilità anafilattica e tubercolinica, non possano venire senz'altro identificate.

I casi di infezione luetica esaminati sono stati complessivamente 19, di cui ben 15 con il controllo della reazione di Wassermann positiva. Alla prima iniezione hanno reagito 16 negativamente e tre, di cui due in condizioni gravi per insufficienza aortica, hanno dato risposta costantemente negativa. In due casi in cui la reazione da positiva si è tramutata in negativa, le condizioni generali sono andate peggiorando, tanto che in uno si ebbe il decesso. Si trattava in questo caso di una donna di 46 anni affetta da lues polmonare, complicata a tubercolosi, in cui improvvisamente si stabilì uno scompenso cardiaco, che portò a morte la povera inferma. Ebbene in questa malata, dopo sette reazioni positive, l'ottava risultò negativa e solo dopo pochi giorni iniziò l'aggravamento.

Nei riguardi dei rapporti fra intradermoreazioni e reazione di Wassermann, abbiamo notato che soggetti con Wassermann positiva hanno presentato quasi sempre intradermorea-

zione positiva e solo in tre casi la risposta al siero fu negativa, ma si trattava come abbiamo accennato di malati in condizioni generali gravi.

Nell'osservazione di 25 casi di malattie febbrili acute si ebbero n. 12 casi negativi alla prima intradermoreazione e solo due casi negativi completi in soggetti giovani (16 anni) ma notevolmente anemici, affetti da influenza. In 19 casi di ques'ultima malattia la reazione fu positiva alla prima iniezione in ben dieci casi, mentre è noto come in tale malattia si manifesti uno stato di anergia almeno nei riguardi della tubercolosi. In altri due casi, uno di eresipela e l'altro di influenza, le reazioni, in un certo momento positive, si sono andate esaurendo fino a diventare nettamente negative.

Di quattro casi di sindrome Parkinsoniana post-encefalitica, in due la reazione fu negativa per tre volte ed in questi si verificò il decesso.

In dieci malate di forme epatiche diverse, si ebbero sempre reazioni positive, tranne che in una in cui la reazione si manifestò positiva soltanto dopo tre reazioni negative.

Si trattava di una donna di 27 anni, soggetto nevrastenico con fenomeni di insufficienza epatica, in condizioni generali non troppo buone. In questa malata fu ricercata la crisi emoclasica che risultò due volte molto evidente ed una terza invece dopo il miglioramento, negativa. Si notò, almeno in questo caso, una dissociazione fra crisi emoclasica e reazione al siero, poichè si ebbe intradermoreazione positiva, solo quando la crisi emoclasica divenne negativa.

Da ciò potrebbe sembrare che lo stato di funzionalità epatica possa influire sull'esito della intradermoreazione.

Nelle annessiti (12 casi) si ebbe reazione positiva alla prima o seconda intradermoreazione, e solo in un caso, in condizioni generali scadute, la reazione da positiva lieve diventò negativa e tale si mantenne per ben due volte.

Nella gravidanza si è in genere notato che la reazione riesce positiva fin dalla prima intradermoreazione e che le reazioni si presentano piuttosto intense. Su dieci donne gravide, solo in una al quarto mese la reazione si mantenne per quattro volte negativa e si trattava di soggetto epilettico, con Wassermann negativa, in cui si dubitò fortemente della vitalità del feto. Purtroppo la malata volle uscire dall'Ospedale prima di tale accertamento e non si ebbero in seguito ulteriori notizie. Certo, nei riguardi della gravidanza, sarebbe stato interessante il controllo delle reazioni nei vari periodi di essa, nel parto e dopo il parto, per osservare se esistano dati utili a stabilire la vitalità del feto oppure dati prognostici che si riferiscano alle varie malattie in gravidanza, ma per varie ragioni a noi non fu consentito, nel periodo delle esperienze, lo studio di tali problemi.

In due casi di anemia grave, di cui una a tipo pernicioso, la reazione debolmente positiva alla terza intradermoreazione, diventò negativa e tale si mantenne per più volte.

Nella malata affetta da anemia perniciosa, donna di 70 anni, che versava in condizioni gravi, la intradermoreazione ripetuta dopo tre mesi di cura proficua con fegato di vitella, si presentò subito discretamente positiva e tale si mantenne per quattro volte.

Nelle altre malattie riportate, dato il numero esiguo dei casi sottoposti alla intradermoreazione, non è stato possibile arrivare a considerazioni degne di nota.

Se volessimo trarre delle conclusioni pratiche da questo nostro esperimento, noi dovremmo dire che l'intradermoreazione più che un valore diagnostico o curativo, può avere un valore prognostico, valore che si rileva di una certa importanza in determinate malattie specialmente appartenenti al gruppo della tubercolosi e della sifilide. Infatti abbiamo potuto notare che intradermoreazioni costantemente negative o tornate negative dopo una breve reazione positiva, volessero significare stato grave e persino morte a scadenza più o meno breve, come si è potuto osservare in alcuni casi riportati. Su 46 soggetti con intradermoreazioni costantemente negative si ebbero sette decessi e cioè il 15 %. Assenza di reazione ad una proteina aspecifica potrebbe dunque dimostrare che ormai l'organismo si trova nella fase di anergia e che non riesce a difendersi dagli attacchi del male che l' insidia.

Se con intradermoreazioni ripetute ad intervalli di sette o otto giorni si riesce a provocare una risposta con le note della reazione positiva, vi è forse possibilità che l'organismo riesca ancora a difendersi, ma se esso non reagisce più, dobbiamo seriamente dubitare dei suoi poteri di difesa.

In complesso noi potremmo dividere gli ammalati in tre gruppi, secondo Dujardin e Decamps:

1) ammalati nei quali la prima intradermoreazione è positiva (allergici immediati);

2) ammalati in cui la reazione, dapprima negativa, diventa in seguito positiva (anergici che diventano allergici);

3) ammalati in cui la reazione è costantemente negativa (anergici ribelli).

Secondo i concetti su esposti il criterio prognostico potrebbe essere ricavato dal tipo di reazione e la prognosi sarebbe tanto più severa quanto più ci avviciniamo agli stati di anergia. Il compito della intradermoreazione non sarebbe solo quello di stabilire a quale gruppo può essere assegnato un dato malato, ma quello di trasformare possibilmente un soggetto anergico in uno allergico.

Certo questi esperimenti lasciano dietro di sè gravi problemi da risolvere, ma mettono in piena luce tutta l'importanza che si deve attribuire alla cute nei riguardi dei fenomeni immunitari e possono dare un nuovo indirizzo pratico alla prognosi delle varie malattie.

BIBLIOGRAFIA.

AJELLO G. *Reazione cutanea spec. e aspec. nella tbc.* Studium, n. 6, 1922.

BASTAI P. *Ricerche sulla specificità della reazione tbc.* R. Accad. Med., 7 aprile 1922, e Archivio Scienze Mediche, 1922.

DUJARDIN e DECAMPS. *Influence d'une sensibilisation expérimentale sur l'allergie et les hétéroallergies.* Bull. de la Soc. royale des Sciences méd. et nat. de Bruxelles, 1924.

DUJARDIN e DUPREZ. *L'allergie dans la tuberc. et la Syphilis.* Ann. de Médecine, ag. 1923; Revue Belge de la tuberc., marzo 1924.

H. GOUGEROT e E. PEYER. *Proteinoterapia nella sifilide.* Monde Médical, 1928, n. 101 e 104.

MICHELI. *L'ipersensibilità tubercolare nei suoi rapporti coll'anafilassi.* In « Anafilassi » dell'I. S. M., 1923.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE CIVILE DI POGGIBONSI.

Impossibilità di diagnosi differenziale fra i fenomeni dovuti a lesione dei menischi e a diverticoli sinoviali ipertrofici.

Dott. ANTONIO LAZZERONI, chirurgo primario.

La letteratura medica è ricca di lavori riguardanti le alterazioni dei menischi articolari del ginocchio, ma mentre tutti gli Autori sono ormai concordi sul modo di produzione, sull'anatomia patologica e la cura di dette lesioni così non è per la sintomatologia; poichè mentre alcuni la vedono chiara e netta tanto da parlare di una « sindrome meniscale » (Terracol Colanieri) altri invece hanno osservato tale sindrome in svariate lesioni interne del ginocchio in cui i menischi erano integri (Steimann, Flint, Reichel, Rowlej, Briston).

Compito di questa nota è di portare un contributo in così disparato giudizio diagnostico.

Durante il mio servizio nel 1° T. Chirurgico (prof. Stori) dell'Arcispedale di S. M. Nuova in Firenze, ho osservato alcuni pazienti che, in seguito ad un trauma indiretto del ginocchio, accusavano un dolore così lacerante nell'articolazione da impedire loro di attendere alle abituali occupazioni e da costringerli periodicamente al riposo. Questi traumatizzati, avendo alternative di benessere, non dettero da prima soverchia importanza al loro male ma poi non vedendo un termine alle loro sofferenze entrarono in Ospedale.

Riferirò brevemente le storie poichè da esse si rileveranno dati importanti dal punto di vista clinico, medico legale ed ancor più da quello diagnostico:

CASO I. — B. Guido, di anni 40, infermiere, da Firenze. Il P. quattro mesi fa evitò di cadere puntando il piede destro contro un tavolo. Accusò subito un dolore all'articolazione del ginocchio D ed alla sera questo si presentò tumefatto; rimase in riposo per qualche giorno ma da quell'epoca ebbe continue crisi dolorose: fissità dell'articolazione in semiflessione, idrarto recidivante.

Entra in Osp. il 7-2-24.

Esame del ginocchio D. Il g. è leggermente aumentato di volume, ma dopo tre giorni di riposo la tumefazione è scomparsa e facendo estendere e flettere la gamba destra l'amm. accusa un dolore che localizza con precisione al lato interno del ginocchio. Alla palpazione, nella posizione di estensione, non si apprezza alcuna alterazione nè tracce di liquido nella art. ma portando la gamba in flessione, tenendo fermo un dito sulla interlinea articolare, si nota la presenza di un piccolo corpo della grossezza di un chicco di grano che appare e scompare nei movimenti articolari. In questo punto la palpazione è dolorosa.

Esame radiografico: negativo.

Operazione 11-2-24: Previa narcosi eterea viene praticata l'artrotomia con un'incisione pararotulea della lunghezza di 5 cm. sulla faccia interna del ginocchio. Aperta l'articolazione si nota la presenza di un piccolo nodulo fibroso che ha continuità con la sinoviale e che appare e scompare nei movimenti di estensione e flessione dell'arto; asportazione del nodulo, sutura a strati, medicatura, bendaggio amidato. Decorso post-operatorio ottimo, dopo 15 giorni, tolto il bendaggio, vengono iniziati gradualmente i movimenti dell'articolazione. Lascia l'ospedale completamente guarito l'8-3-24.

CASO. II. — A. Paolo, di anni 27, elettricista, da Firenze. Nell'aprile scorso lavorando su di una scala fece un movimento brusco (si mise in forza) con le gambe e subito accusò un forte dolore al ginocchio sinistro.

Il giorno dopo l'artic. aumentò di volume ed il paziente fu costretto al letto per vari giorni, poi riprese con intervalli più o meno lunghi le sue occupazioni ma continuando le sofferenze entrò in Ospedale il 18-9-24.

Esame ginocchio S. Alla palpazione sul lato interno si ha la sensazione identica a quella osservata nel 1° caso: un corpiciattolo che ha tendenza a sfuggire nei movimenti di flessione ed estensione dell'arto. Dolore alla pressione.

Esame radiografico: negativo.

Operazione 22-9-24. Narcosi eterea. Artrotomia interna. Asportazione di un nodulo fibroso con i caratteri ed il comportamento descritto nel precedente caso. Guarigione p. p. Cura come s. Lascia l'Ospedale guarito il 15-10-24.

CASO III. — B. Ludovico, di anni 37, maniscalco, da Firenzuola. Due anni fa scendendo a salto da cavallo battè con forza i piedi sul terreno e subito sentì un forte dolore al ginocchio D. Ebbe idrarto che scomparve col riposo e dopo vari mesi di cura l'articolazione potè riprendere la sua funzione. Nel febbraio il B. mise il piede D in fallo ed avvertì lo stesso dolore della prima volta al ginocchio, le cure precedenti non ebbero buon esito ed il dolore si localizzò con più esattezza alla faccia interna del ginocchio D. Entra in Ospedale il 20-3-25. Esame ginocchio D. L'articolazione si presenta normale, alla palpazione però si apprezza sul lato interno una irregolarità in corrispondenza dell'interlinea articolare, dolente alla pressione. I movimenti di estensione e flessione riescono dolorosi.

Esame radiografico: negativo.

Operazione 26-3-25. Narcosi eterea. Artrotomia interna. Asportazione di un distacco parziale del menisco interno. Guarigione p. p. Cura come s. Lascia l'Ospedale guarito il 22-4-25.

CASO IV. — P. Antonio, di anni 47, colono, da Greve. Tre mesi fa mentre lavorava nel campo dalla posizione di ginocchio si alzò sulla gamba sinistra e riportò un dolore così violento da cadere e da dover poi rimanere in riposo per qualche giorno. Tentò di riprendere le sue occupazioni ma ogni volta ricomparve il dolore al ginocchio sin. accompagnato sempre da idrarto. Entra in Ospedale il 4-12-25.

Esame ginocchio sin. L'articolazione è normale, i movimenti di estensione e flessione riescono dolorosi ed il paziente indica il punto di maggior dolorabilità sulla faccia esterna del ginocchio e lo precisa nell'interlinea articolare ove si può apprezzare un piccolo corpo che sfugge sotto le dita nei movimenti dell'arto.

Esame radiografico: negativo.

Operazione 10-12-25. Narcosi eterea. Artrotomia esterna. Asportazione di un distacco parziale del menisco esterno.

Guarigione p. p. Cura come s. Lascia l'Ospedale guarito il 7-1-26.

CASO V. — C. Nello, di anni 17, colono, da Montespertoli. Sette mesi fa nello scendere da un carro battè malamente il piede D. sul terreno ed accusò un forte dolore al ginocchio. Costretto al riposo per qulache giorno il dolore scomparve, ma ebbe poi ricadute ogni qualvolta si rimise al lavoro: l'articolazione enfiava, i movimenti erano dolorosi e spesso gli accadeva di non poter estendere completamente la gamba. Entra in Ospedale il 6-6-26.

Esame ginocchio D. Leggera tumefazione dell'articolazione che scompare col riposo. Nei movimenti articolari si risveglia dolore che il P. precisa sulla faccia interna ove si nota la presenza di un piccolo rilievo mobile e dolente alla pressione.

Esame radiografico: negativo.

Operazione 11-6-26. Narcosi eterea. Artrotomia esterna. Asportazione di un nodulo fibroso che ha continuità con la sinoviale. Guarigione p. p. Cura come s. Lascia l'Ospedale guarito il 10-7-26.

CONSIDERAZIONI CLINICHE.

Dalle Storie riferite si rileva come siamo innanzi a lesioni che hanno colpito individui ancora giovani in ottime condizioni di salute nei quali non si riscontrò niente di notevole nel gentilizio e nell'ananmesi remota e che non ebbero nè lue, nè reumatismo articolare.

Nei casi 1-2-5 l'ostacolo articolare è costituito da un diverticolo della sinoviale ispessito e fibroso, mentre nei casi 3 e 4 è dato da un distacco parziale di menisco. Tutti hanno avuto come punto di partenza una causa traumatica indiretta non eccessivamente violenta ed in ognuno di essi si è avuta una sindrome non proporzionata all'entità del trauma: impossibilità a continuare il lavoro, articolazione dolente per parecchi giorni, idrarto che scompare col riposo per manifestarsi ogni qual volta i pazienti si sottopongano ad una fatica.

All'esame dei vari casi non si osservò alcuna differenza: i movimenti di flessione ed estensione risvegliarono dolore (specialmente l'estensione forzata); la palpazione rivelò in tutti una piccola irregolarità in corrispondenza della parte lesa e del punto di massimo dolore ed il reperto radiografico non dette alcun lume riuscendo in tutti egualmente negativo. Abbiamo avuto dunque una sintomatologia comune a questi due gruppi di lesioni articolari prodotti da una causa pressoche identica, ma non essendoci stato possibile formulare una diagnosi differenziale cerchiamone le ragioni con lo studio più particolare di ciascuno di questi gruppi.

Lesioni dei menischi. — Un trauma del ginocchio può avere un semplice effetto contusivo sul menisco, può dare esito ad una sublussazione o dar luogo ad una lesione più grave quale la lussazione. Le alterazioni anatomo-patologiche che si osservano nella lussazione sono svariate e consistono in una lacerazione delle loro connessioni con la tibia o colla capsula articolare, in una lacerazione dei menischi stessi oppure in una combinazione di queste lesioni. Per ciò che riguarda le lesioni della sostanza propria del menisco possiamo dire che sono assai frequenti e Bruns su 43 casi l'osservò 36, Kroiss su 214 le vide 65 volte, finchè Morison asserisce che la lussazione senza lesione della sostanza dei menischi è una rarità.

Sul modo di prodursi di tali alterazioni gli AA. sono concordi e Steimann, nello studio che ha

fatto di 86 casi di lesioni di menischi, ha rilevato:

Che si producono quasi sempre per un trauma indiretto e si esplicano essenzialmente per una rotazione del ginocchio in flessione forzata.

Che si possono avere senza traumi gravi.

Che accanto al fattore meccanico esiste un fattore costituzionale che spiega le ricadute sì frequenti nelle lesioni dei menischi non trattate chirurgicamente (V. Caso n. 3).

Molti autori hanno tentato di formulare una sintomatologia di tali lesioni, ma non ha corrisposto caso per caso.

Così mentre Terracol-Colanieri parlano chiaramente di una « Sindrome meniscale » (fissità improvvisa dolorosa in semiflessione, dolore alla pressione nel punto dell'interlinea corrispondente alla lesione, idrarto recidivante) gli AA. inglesi e americani, più prudentemente, richiamano tale sintomatologia in svariate lesioni del ginocchio (internal derangement of the kuec) e Steimann è fortemente dubbioso accennando che una forma acuta può difficilmente essere differenziata con la distorsione ed i corpi estranei articolari, una forma cronica con l'artrite. Insiste però nell'esame radiografico che se è normale è in favore delle lesioni dei menischi.

Per la cura tutti gli AA. sono partigiani dell'intervento ed il metodo dell'estirpazione parziale o totale del menisco ha avuto il sopravvento sulla meniscopexis che in primo tempo ebbe il primato (Annandale). Il trattamento post-operatorio è della massima importanza per la funzionalità dell'articolazione; la benda amidata viene tolta dopo 10-15 giorni ed eseguendo poi gradatamente movimenti accompagnati da lievi massaggi si può far riprendere le proprie occupazioni al' traumatizzato dopo 5 o 6 settimane.

Diverticoli della sinoviale. — Venendo ora a trattare di alcune alterazioni della sinoviale del ginocchio consecutive a trauma è opportuno richiamare alcuni dati anatomici.

« La sinoviale, inferiormente alla rotula, ricopre una massa adiposa che si estende dalla faccia posteriore del legamento della patella alla fossa intercondiloidea (plicae alares) giungendo ad inserirsi per mezzo di un prolungamento assottigliato che prende il nome di piega sinoviale patellare (legamento adiposo) alla stessa faccia intercondiloidea. Si dipartono inoltre dalla sinoviale del ginocchio numerose pieghe od appendici, dette frangie sinoviali, che servono a riempire i diversi intervalli lasciati dalle superfici articolari ».

Secondo Flint non raramente accade che i due villi grassosi dei legamenti alari siano lacerati per un trauma e che in seguito comincino a proliferare e sporgano nella articolazione in forma di cordoni più o meno lunghi disturbando il meccanismo articolare come menischi staccati. Similmente accade nel caso di una frangia o diverticolo sinoviale che in seguito ad un traumatismo sia andato incontro ad un processo infiammatorio e per fatti proliferativi abbia costituito un ostacolo alla funzione dell'articolazione. Come tali lesioni della sinoviale possano portare a tali esiti Reichel spiega col fatto che ciò dipende da una cattiva cura seguita dopo il trauma: in questo caso la sinovite primitiva acuta passa non di rado in uno stato cronico con gli esiti ad essa uniti specie nel punto ove il trauma si è fatto maggiormente sentire.

I nostri ammalati ci hanno dato conferma di ciò che Reichel ammette: i tre pazienti (n. 1-2-5) hanno trascorso vari mesi prima di rivolgersi al chirurgo, sono passati alternativamente dal riposo al lavoro sino a raggiungere quello stadio ipertrofico e fibroso del diverticolo sinoviale che nei periodi di maggior irritazione dava un ostacolo articolare con tutto il quadro sintomatico di un distacco parziale di menisco. Nei nostri casi la parte asportata era costituita da un piccolo corpo del volume un po' superiore ad un chicco di grano a consistenza fibro-cartilaginea per neoformazione di cartilagine all'estremità delle frange sinoviali. Tale processo avviene per ipertrofia delle frange, proliferazione dei loro villi e delle cellule cartilaginee, che esistono normalmente in queste frange, sviluppo nei villi terminali di noduli cartilaginei che rimangono legati alla sierosa da un sottile peduncolo.

Per la cura abbiamo ricorso all'asportazione del diverticolo ipertrofico seguendo le norme segnalate per le lesioni dei menischi; nell'un caso e nell'altro i nostri operati poterono tornare al lavoro completamente ristabiliti dopo 30 o 40 giorni ed il ginocchio leso riprese la sua funzione come un ginocchio normale.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE.

È possibile una diagnosi differenziale di queste due lesioni articolari? E la « sindrome meniscale » è propria delle lesioni dei menischi?

Puccinelli in un suo lavoro discute la « sindrome meniscale » degli AA. francesi e conclude che non si può parlare di sindrome se non quando si abbia un complesso di sintomi netto e preciso di una data lesione.

Nei casi da me riferiti la sindrome meniscale (fissità improvvisa dolorosa in semiflessione, dolore alla pressione nel punto dell'interlinea corrispondente alla lesione, idrarto recidivante) si è osservata in tutti senza che in tutti si avesse una alterazione dei menischi. Steimann dà un va-

lore importante diagnostico all'esame radiografico, ma noi abbiamo veduto che nei casi nostri non ha fornito alcun dato decisivo poichè tanto i menischi quanto il diverticolo sinoviale ipertrofico, per la loro struttura istologica, non offrono sufficente resistenza al passaggio dei raggi per dare sulla lastra un'ombra molto netta e sono poi circondati da tessuti che diminuiscono il potere di penetrazione di questi raggi nell'interno dell'articolazione.

Rowlej Briston nella discussione generale tenuta nel 1924 all'Associazione Ortopedica di Londra sostiene che per fare una diagnosi di alterazione dei menischi una storia chiara e accurata è essenziale e d'importanza eguale, se non maggiore, a qualsiasi parte dell'esame fisico. Egli dice che ci si deve rendere conto dell'esatto procedimento degli eventi al momento che capitò l'accidente: fu qualche cosa nel ginocchio che cedette e così causò una caduta al paziente o fu una forza esteriore a causare la caduta? Nel primo caso egli sostiene che sono più probabili le lesioni dei menischi.

A noi l'anamnesi ci avrebbe portato senz'altro a fare diagnosi di lesioni meniscali e diciamo subito che così facemmo nel 1° caso occorsoci, ma non ci sentimmo in grado di fare lo stesso nei susseguenti. Però lo stesso A. dice che la radiografia deve sempre fare parte di un esame accurato e riferisce di un paziente il cui male lo aveva portato a far diagnosi di una lussazione meniscale e che poi i raggi rivelarono invece trattarsi di una scheggia di frattura che impediva la completa estensione.

Ma nei casi da me riferiti a qual dato potremmo fermarci per un accertamento diagnostico?

La storia ci porta ad una lesione di menischi.

L'esame fisico ci dà le caratteristiche di queste lesioni.

L'esame radiografico ce le conferma.

L'atto operativo invece in 3 su 5 casi ci mostra una alterazione di un diverticolo sinoviale.

Ritengo perciò che la sindrome meniscale, non sia l'espressione di una data lesione ma di un fatto meccanico dovuto alla presenza di un ostacolo nella cavità articolare; ostacolo che nei casi di lesioni dei menischi è dato dai menischi stessi, ma che può essere rappresentato anche da corpi articolari, da scheggie di frattura, da diverticoli sinoviali ipertrofici.

Così mentre nei primi casi una anamnesi accurata, un esame fisico ben condotto ed una radiografia possono portarci ad un diagnostico presso che esatto, ciò non può accadere, per le ragioni suesposte, quando si tratta di diverticoli sinoviali ipertrofici.

CONCLUSIONI.

1) La sindrome meniscale, ripetendosi in casi in cui si ha una alterazione sinoviale (diverticolo ipertrofico) senza alcuna lesione dei menischi, ha un valore diagnostico relativo.

2) Le alterazioni sinoviali da me descritte devono essere tenute presenti e valutate dal medico legale perchè, se misconosciute, possono compromettere la capacità produttiva di un individuo.

3) È impossibile formulare una diagnosi differenziale fra una lesione di menischi ed un diverticolo sinoviale ipertrofico.

BIBLIOGRAFIA.

ALETTI M. *Studi sulle lussazioni delle cartilagini semilunari del ginocchio.* Clinica Chirurgica, 1911.

ANNANDALE. *An operation for displaced semilunar cartilage.* Brit. med. Journ., aprile 1885.

ARTHUR E. e BARKER. *Di alcune lesioni del ginocchio in seguito a sforzi o traumi.* Lancet, marzo 1912.

BRUNS. *Die Luxation der Semilunarknorpel des Kniegelenks.* Beiträge Z. Klin. Chir., Bd. 9, H. 4.

BRISTOW R. W. *Internal derangement of the knee joint. Followed by the General Discussion at the Annual Meeting of the British Orthopedic Association,* maggio 1924, Journal of Bone a. Joint Surgery, aprile 1925, vol. VII, n. 2, pagg. 413-450.

A. DE MARSI. *La chirurgia dell'articolazione del ginocchio.* La Clinica Chirurgica, fasc. 11-12, anno 1920.

F. DE QUERVAIN. *Diagnostica Chirurgica,* vol. II. pag. 663.

DUBS. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, vol. CXXXVI, fasc. 1-3, giugno 1916.

FLINT. *Contusion and laceration of the mucous and alar ligaments.* Annals of Surgery, settembre 1905.

FICK R. *Handbuch der Anatomie des Menschen,* vol. II, Iena, 1904.

A. FULLERTON. The British Journal of Surgery, luglio 1916.

GUIMJ. *Les lesions des méniques du genou.* Archives Médicales belges, Bruxelles, a. LXXVI, marzo 1923.

HENDERSON. Annales of Surgery, maggio 1920, pag. 658.

KROISS. *Die Verletzungen der Kniegelenkszwischenknorpel und ibrer Verbindungen.* Beiträge z. Klin. Chir., 1910, H. 3.

M. S. HENDERSON. Annales of Surgery, giugno 1918, vol. VII-VIII, pag. 138.

F. LEVARS. *Exploration clinique et diagnostic chirurgical,* 1923. (*Ruptures et subluxation méniscales*), pag. 638.

PINARDI. *Le lesioni dei menischi articolari del ginocchio.* Archivio Italiano Chirurgia, vol. IV, 1921.

PUCCINELLI. *Le lesioni dei menischi del ginocchio e la sindrome meniscale.* La Chirurgia degli organi di movimento, Bologna, fasc. 3, 1923.

Terracol e Colanieri. *La sindrome méniscal et la pneumoséreuse articulaire*. La Presse Médicale, 1921, n. 12.
Steimann. *Etudes des lésions des méniques du genou*. Journal de Chirurgie, t. XXI, n. 2, febbraio 1923.
Th. Ufer. Archiv f. Klin. Chirurg., 1918, vol. 109, pagg. 621-656.
Ruggi. *Infiammazioni delle articolazioni del ginocchio*. Ed. Netehen, Napoli, 1882, pag. 107

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Istituto diagnostico di Reggio Calabria.

Un caso di kala-azar, complicato da poliomielite anteriore acuta, con esito in guarigione spontanea

per il dott. P. Timpano.

Il caso in esame non è privo d'interesse, sia perchè complicato dall'insorgere di un'altra grave infezione, la poliomielite anteriore acuta, che ha, per breve tempo, messo in pericolo la vita del paziente, sia perchè dimostra ancora una volta come non solo fra gli adolescenti è possibile la guarigione spontanea della leishmaniosi interna ma anche fra i bambini.

Riferirò brevemente la storia clinica.

M. Luca, di anni 2 e 7 mesi, da Bova Marina (Reggio Cal.). Nulla di notevole nei precedenti ereditari. Il padre morì di polmonite a 27 anni, la madre è vivente e sana e ha due bambini in buone condizioni di salute.

Anamnesi personale. — Il piccolo paziente nacque a termine da parto fisiologico e fu allevato al seno materno. All'età di 13 mesi fu colpito da febbre a tipo intermittente per i primi giorni, poi a tipo continuo-remittente. Dopo circa un mese fu da me visitato e potei constatare che il bambino continuava ad essere febbricitante, era alquanto pallido e la milza debordava di circa 3 dita dall'arco costale. Siccome dimorava in zona malarica, pensai trattarsi di malaria e prescrissi le cure del caso.

Lo rividi 3 mesi dopo. La madre mi assicurò che la febbre non lo aveva più lasciato e che altri sanitari avevano prescritto delle cure chininiche senza alcun risultato.

Stato presente. — Il bambino è ben sviluppato scheletricamente, ma in istato di scadente nutrizione, con pannicolo adiposo scarso, con masse muscolari ipotoniche, con mucose molto pallide. Non si palpano gangli linfatici.

Capo. — Nessun fatto degno di nota.

Collo. — Collo esile, con evidenti pulsazioni nelle regioni carotidee.

Apparato respiratorio. — Nulla d'importante.

Apparato circolatorio. — Impulso cardiaco visibile, alquanto diffuso. Soffio dolce alla punta. Polso piccolo, frequente, ritmico.

Addome. — Addome molto aumentato di volume, per il notevole ingrossamento della milza, il cui limite inferiore sulla linea mediana giunge a 3 cm. sotto l'ombelico, sull'emiclaveare a 5 cm. sotto la linea ombelicale. Alla palpazione si presenta liscia, regolare, di consistenza duro-elastica. Il fegato non si palpa.

Indagini di laboratorio. — *Esame del sangue periferico* per la ricerca dei parassiti della malaria: negativo.

Esame del succo splenico. — Presenza di numerose *leishmanie* libere ed endocellulari.

Esami delle urine. — Nulla di patologico.

Siccome la madre del piccolo paziente abitava in campagna, lontano dal paese, e non poteva far fare al bambino la cura endovenosa di tartrato di sodio e antimonio, prescrissi le iniezioni antimoniali endomuscolari.

Dopo 22 giorni la madre tornò per dirmi che non aveva trovato chi sapesse fare le iniezioni al suo bambino, al quale, non appena lo aveva riportato a casa, era salita improvvisamente la febbre e si era mantenuta alta per quattro o cinque giorni. Aggiunse che ebbe anche alcuni attacchi convulsivi, da far temere la catastrofe da un momento all'altro, e che ora, sebbene migliorato nelle condizioni generali, non si reggeva più in piedi. Raccomandai che non tardasse a iniziare la cura antimoniale e che mi facesse rivedere il bambino.

Un mese dopo, infatti, rividi il piccolo paziente. La milza era abbastanza ridotta, gli arti inferiori paralizzati, flaccidi, leggermente atrofici. I piedi presentavano l'aspetto del piede varo equino paralitico. Il bambino, dunque, era stato colpito da poliomielite anteriore acuta. Poichè in quei giorni avevo promesso al prof. Puntoni di mandargli dei preparati di sangue splenico contenente leishmanie, ripetei la puntura della milza e allestii 6 vetrini. Le leishmanie non si riscontravano così numerose come nella prima osservazione, ma erano ancora molte ed evidentissime.

Nessuna cura fu possibile praticare al bambino.

Dopo qualche anno ebbi occasione di rivederlo e, con mia sorpresa, mi accorsi che la milza non si palpava più, la nutrizione era ottima, il colorito roseo. La febbre, come mi assicurò la madre, era scomparsa da più di tre mesi. Perdurava la paralisi floscia delle gambe. Il bambino non aveva fatto alcuna cura nè per bocca nè per via ipodermica.

Dopo quasi un anno il Kala-azar si esaurì spontaneamente.

È questo il 2° caso, da me osservato, di leishmaniosi interna in bambini di tenera età finito con la completa guarigione spontanea.

Il caso si presta ad alcune considerazioni riguardanti le reazioni immunitarie. È certo che anche le leishmanie, come tanti altri germi infettivi, sono capaci di subire nell'organismo non solo degli adulti ma anche dei bambini un'attenuazione più o meno marcata e più o meno rapida della propria virulenza o di stimolare una più o meno ricca produzione di anticorpi, capaci di rendere alla fine innocue le sorgenti d'infezione e consentire la *restitutio ad integrum* dell'organismo am-

malato. Però, a volte, anche le leishmanie resistono alla lotta immunitaria e persino alla terapia specifica, per cui non è raro il caso di vedere bambini e talora anche adolescenti che, nonostante le più razionali cure, finiscono per soccombere.

Quale influenza avrà potuto avere il *virus* della poliomielite anteriore acuta sul decorso del Kala-azar? Il virus della poliomielite è *neurotropo*, ha una speciale elettività per le corna anteriori del midollo spinale, ma non si può dire che nel resto dell'organismo non eserciti qualche influenza. Difatti nel periodo d'invasione dell'agente patogeno l'organismo reagisce con fenomeni generali.

Nel caso nostro si sono avuti disturbi abbastanza intensi. Probabilmente il virus della poliomielite anteriore acuta avrà potuto rendere meno virulenti le leishmanie per lo *choc* provocato e per l'ipertermia, o avrà potuto funzionare da antigeno e stimolare la formazione di anticorpi sufficienti ad attenuare via via l'infezione primitiva.

Infatti dopo l'insorgenza della poliomielite anteriore acuta si è notata una regressione dei sintomi del Kala-azar (miglioramento dello stato generale, diminuzione della febbre, riduzione del volume della milza), mentre nessuna influenza ha esercitato la leishmaniosi sul decorso della poliomielite. Non è, del resto, nuovo il fatto che alcune infezioni regrediscono e scompaiono col sopravvenire di altre infezioni.

È noto pure che la proteinoterapia induce delle modificazioni nelle reazioni organiche, aumentando il potere difensivo coll'attivare la fagocitosi, con lo svegliare i processi autolitici, col modificare la stessa biologia dei microrganismi. Il virus della poliomielite non si può considerare come una proteina eterologa che sia stata capace di esaltare l'attività reattiva dell'organismo del piccolo paziente di fronte alla infezione da leishmanie?

Concludendo, la leishmaniosi viscerale può guarire spontaneamente anche nei bambini di tenera età. Nel caso nostro è da supporre che a facilitare, se non a determinare, la guarigione, abbia influito la poliomielite anteriore acuta, insorta durante il decorso dell'infezione.

DALLA PRATICA CORRENTE.

OSPEDALE MAURIZIO BUFALINI - CESENA
SEZIONE CHIRURGICA.

Di un singolare corpo estraneo (sanguisuga) in vagina.

Dott. PIETRO LELLI MAMI, aiuto.

La casistica di corpi estranei nella vagina è tutt'altro che scarsa ed è di una varietà infinita, onde sembrerebbe superfluo un ulteriore contributo; ma sfogliando una notevole parte della numerosa letteratura in proposito non mi è stato dato di poter rintracciare un caso simile al mio. Questo ha qualche interesse, secondo il mio modesto parere: per la singolarità del corpo estraneo, per la giovine età della portatrice, per le gravi conseguenze generali.

Generalmente infatti i corpi estranei in vagina si trovano in adulte, di questi alcuni introdotti a scopo terapeutico ed ivi dimenticati per negligenza od accidentalità come pessari, tamponi, ecc., altri (gli illegali) introdotti per scopi inconfessabili o per la necessità di nasconderli e sottrarli alle ricerche: è stato riferito di ladre che hanno nascosto gioielli, orologi, portamonete. Inoltre vi possono essere insetti, vermi intestinali. La sintomatologia di queste ritenzioni dipende dalla forma, dal volume e generalmente dalla durata del soggiorno in vagina, e come facilmente si comprende è una sintomatologia prevalentemente d'irritazione meccanica ed anche d'infezione. Raramente abbiamo delle perdite emorragiche ed effetti generali sull'organismo.

Il corpo estraneo del nostro caso è una volgare mignatta che in breve tempo agì invece fortemente di presenza producendo gravi emorragie e conseguente anemizzazione.

La bimba di cui si tratta, di anni 6, da Montiano, non credeva infatti bagnandosi ogni giorno, durante l'agosto torrido passato, nello storico Rubicone di trovare un importuno compagno di bagno che le recasse tanto danno. Essa approfittando del basso livello delle acque si metteva a sedere sul letto del fiume, rimanendo così lungamente: e questo solo può spiegare come il verme abbia potuto penetrare nella cavità vaginale. La bimba non ha avvertito nè subito nè successivamente alcun dolore od irritazione ai genitali. Il 15 agosto la mamma sua però si accorse che ella perdeva sangue dai genitali e questo specialmente nei periodi di riposo a letto. La bimba era stata sempre bene, non aveva sofferto che una lieve forma morbillosa molto tempo addietro, e questa sintomatologia, anche per la sua stranezza meravigliò alquanto la madre ma non l'indusse a ricorrere al medico, se non dopo una settimana.

Entra nel nostro Ospedale il giorno 22 dello stesso mese. Essa è una bimba normale per sviluppo, ma in uno stato di notevolissima anemizzazione, con polso sui 125-130: non ha alcun disturbo ai genitali, solo vi presenta una emorragia abbastanza vivace; non ha febbre. All'esame della vulva a fatica si riesce a vedere, attraverso l'orificio anulare dell'imene un corpo di colorito nerastro animato da lievi movimenti. Con una pinza di Kocher lo si afferra e lo si estrae: è una hirudo medicinalis classica della lunghezza di circa 8 centimetri, di colorito nerastro con lieve punta di verde, dotata di movimenti vivacissimi.

Dopo l'estrazione non è necessario ricorrere ad emostatici non presentandosi ulteriori emorragie. La bimba può essere dimessa il giorno seguente perfettamente guarita.

Il caso si presta a quelle conclusioni pratiche che sono evidenti.

Di fronte ad una emorragia grave e persistente, indolora, dalla vagina, occorre pensare alla possibilità della penetrazione di un corpo estraneo vivente, quale una sanguisuga, come nella nostra bambina, in cui la diagnosi poteva presentare difficoltà per l'integrità dell'imene, che non consentiva l'ispezione della vagina e l'identificazione del corpo estraneo.

SUNTI E RASSEGNE.

FEGATO E VIE BILIARI.

L'esplorazione funzionale del fegato in chirurgia.

(Fiessinger e Walter. *Journ. de Chir.*, t. 32, n. 1, 1928).

L'esplorazione funzionale del fegato prima e dopo l'intervento chirurgico ha il doppio vantaggio di guidare nella scelta dell'anestetico e di permettere deduzioni pronostiche e terapeutiche. Un tale studio per apportare dati sicuri, tenuto conto dell'asinergia e della possibilità di dissociazione delle funzioni epatiche, deve necessariamente comprendere numerosi esami riguardanti il maggior numero possibile di tali funzioni. Gli AA. hanno studiato per ogni anestetico lo stato delle diverse funzioni epatiche prima e dopo l'anestesia.

I. Cloroformio: a) *Funzione biliare.* — Gli AA. paragonano il plasma a un campione colorimetrico convenzionale che è preso per unità (miscela di 100 cmc. di soluzione di bicromato potassico a 1/10.000, a 2 cmc. di soluzione di Orange a 1/10.000 e stabiliscono così l'« *indice biliare del plasma* » che normalmente oscilla tra 1,6 e 2. Nei casi studiati, l'I. B. P. crebbe sempre dopo la narcosi anche se questa era stata breve. I dati dell'I. B. P. furono confermati da quelli ottenuti con la tecnica di Hirmans van den Bergh i quali misero in evidenza un aumento della colemia in tutti i casi nei quali era aumentato l'I. B. P.

b) *Funzione cromagoga o antitossica.* — Rapidità di scomparsa dal sangue, di una tintura, artificialmente introdotta, che viene eliminata dal fegato. Gli AA. usano il rosso bengala che iniettano per via endovenosa in ragione di 1 1/2 mmgr. per kg. di peso corporeo e facendone il dosaggio nel sangue dopo 45 minuti. Il tasso ritenzionale normale è di 3 mmgr. per litro di sangue. Esso fu trovato aumentato, dopo la narcosi, in 6 casi su 10. Sperimentalmente nel cane sottoposto a inalazioni quotidiane di 25 minuti di cloroformio il tasso ritenzionale del rosso bengala passa da 3 a 6 dopo la 4ª anestesia e a 12,3 dopo l'8ª: l'animale muore dopo la 13ª. Risultati analoghi ha ottenuto Rosenthal con la bromosulfaleina (5 mmgr. per kg. di peso) che normalmente viene eliminata dopo 15 minuti, mentre persiste per 6 giorni quando l'animale ha avuto 1/2 ora di cloroformio, e per 6 settimane, se ne ha avuto 2 ore. Da tali risultati gli AA. ritengono essere le prove delle tinture più sensibili dei dosaggi della colemia perchè mentre questi si ristabiliscono in 3-8 giorni le ritenzioni coloranti richiedono 1-6 settimane.

c) *Funzione proteica.* — Da diversi Autori è stato osservato dopo anestesia cloroformica, iperazoturia, aumento dell'urea del sangue, aumento del rapporto $\frac{\text{Azoto ingerito}}{\text{Azoto eliminato}}$, comparsa nell'urina di prodotti di disintegrazione incompleta degli albuminoidi con aumento del rapporto $\frac{\text{Az. ammon.le}}{\text{Az. totale}}$ e $\frac{\text{Az. ammon.le}}{\text{Az. ureico}}$ Tutti questi fatti dimostrano che si hanno disturbi marcati del metabolismo dei proteidi, specialmente negli epatici.

d) *Altre funzioni.* — Con la prova dell'emoclasia digestiva, che si manifesta già dopo 24 ore anche per una breve anestesia, è stata osservata un'insufficienza proteopessica costante e precoce, che però è transitoria. Quando l'anestesia è prolungata si ha urobilinuria. La *glicemia* quasi sempre aumenta.

II. Etere: a) *Funzione biliare.* — Su 18 anestesie la colemia aumentò in 6, rimase invariata in 3, diminuì in 8. Tenendo conto dell'influenza del riposo, che fa abbassare la colemia, bisogna concludere che il riposo ha controbilanciato l'azione ipercolemizzante dell'etere, la quale perciò deve esser minima. Altri autori hanno trovato aumento costante della colemia e coluria. Boshamer di recente, con la prova di Bergmann e Elliot, basata sul tempo di eliminazione della bilirubina iniettata in circolo, ha constatato un aumento di tale tempo; ciò che conferma che anche l'etere

è epatotossico e che si tratta solo di differenze di intensità tra le lesioni epatiche post-cloroformiche e quelle post-eteree.

b) *Funzione cromagoga.* — Aumento del tasso di ritenzione del rosso bengala in quasi tutti i casi studiati. Tale ritenzione è meno intensa di quella post-cloroformica ed è nettamente transitoria (24 ore).

c) *Funzione proteica.* — Fenomeni simili a quelli post-cloroformici ma molto meno intensi. L'ammonuria rimane normale e i rapporti $\frac{\text{Az. ammoniacale}}{\text{Az. totale}}$ e $\frac{\text{Az. ammoniacale}}{\text{Az. ureico}}$ restano poco modificati. Urea del sangue e glicemia poco aumentate.

d) *Altre funzioni.* — La prova dell'emoclasia digestiva non sempre è positiva; quando lo è, è meno precoce ed intensa di quella post-cloroformica.

III. ANESTESIE MISTE. — Balsoformio (miscela di etere e cloroformio); protossido d'azoto + etere; rachianestesia + etere. Dopo tali anestesie gli AA. hanno riscontrato alterazioni delle funzioni epatiche di intensità media cioè inferiori a quelle consecutive al solo etere e superiori a quelle consecutive alla sola rachianestesia o al solo protossido d'azoto. Per il balsoformio fanno notare l'alterazione marcata della funzione biliare, con aumento della colemia, dovuta alla presenza del cloroformio.

IV. PROTOSSIDO D'AZOTO. — Funzioni biliare e cromagoga inalterate. Talora si ha, anzi, abbassamento della colemia per l'influenza benefica del riposo. Tali constatazioni sono confermate da altri autori e da Rosenthal sperimentalmente anche dopo prolungate anestesie. Solo la prova dell'emoclasia digestiva è stata riscontrata positiva in 2 casi su 4, ma si trattava di anestesie prolungate e la positività della prova fu transitoria. Va ricordata però l'estrema sensibilità di questa prova.

Quando al protossido si aggiunge l'etere, per avere un completo rilasciamento, qualcuna delle prove diviene positiva, svelando una lieve insufficienza epatica.

V. ETILENE. — Nessuna azione sul fegato, secondo l'esperienza di diversi autori e in base anche a risultati sperimentali.

VI. ANESTESIE LOCALI E RACHIANESTESIE. — Nessuna alterazione delle funzioni epatiche. In 2 casi di raschiamento uterino con dilatazione, operati senza anestesia, non si ebbe alcuna alterazione delle funzioni epatiche; il che dimostra che non è lo choc operatorio, ma solo l'anestetico che provoca tali alterazioni. Dimostrativi a tal proposito i risultati di anestesie con anestetici non epato-tossici (protossido, etilene) e quelli di anestesie miste (protossido, o, etilene + etere).

VII. MORFINA. — Secondo Chevrier la morfina prima dell'operazione non ha influenza, dopo l'operazione determina aumento transitorio della colemia; prima e dopo l'operazione ha azione più dannosa. Perciò l'A. ne sconsiglia l'uso. Schöndube e Lurman, studiando l'azione della morfina sulle vie biliari hanno constatato oltre a un'azione inibitrice diretta sulle vie biliari, anche un'azione diretta sulla secrezione, tanto che dopo morfina non si ottiene bile col sondaggio duodenale. Ciò potrebbe spiegare l'elevazione della colemia constatata da Chevrier. Secondo Rosenthal l'effetto epato-tossico della morfina sarebbe in rapporto al rallentamento respiratorio che essa determina. E infatti anche il protossido d'azoto e l'etilene diventano epato-tossici se si somministrano in modo da produrre cianosi.

Gli AA. hanno visto morire una morfinomane per insufficienza epatica in seguito a semplice laparotomia.

A queste constatazioni si oppongono l'esperienza clinica e l'opinione della maggior parte dei chirurgi. Ad ogni modo tali constatazioni meritano d'esser segnalate e possono avere un certo interesse terapeutico.

VALORE PRONOSTICO DELL'ESPLORAZIONE EPATICA.

a) Prima dell'operazione. Studio complesso e importante al quale però manca un numero di osservazioni sufficiente per autorizzare a conclusioni di certezza; poichè il chirurgo, quando lo stato del malato permette di prevedere la gravità dell'operazione, cerca di evitarla o realizza una anestesia minima. Comunque dalle ricerche degli AA. e da quelle di altri studiosi appare che l'effetto tossico dell'anestetico è più grave se si esplica su un fegato precedentemente leso e che i pazienti con lesione delle due funzioni, biliare e cromagoga, hanno in genere un decorso postoperatorio più difficile e complicato di quelli con lesione di una sola delle due funzioni. Anche però quando tutte due le funzioni sono normali prima dell'operazione, non si può fare affidamento sicuro sulla benignità assoluta di questa e bisogna pensare che l'anestetico può colpire altri organi e principalmente il rene che ha tanta importanza per la sua funzione vicariante antitossica.

La guarigione operatoria è la risultante di una reazione pluriglandolare nella quale certi organi possono essere transitoriamente deficienti purchè gli altri siano indenni e possano esplicare la loro azione vicariante.

b) Dopo l'operazione. Lo studio postoperatorio ha minore importanza del precedente perchè al contrario di quello, che può svelare uno stato epatico latente, quest'ultimo in fondo non fa che riflettere i segni della gravità evidente. Tuttavia quando le funzioni epatiche sono alterate dopo l'operazione, sia per l'azione dell'anestetico, sia che il fegato fosse già

precedentemente leso, il decorso postoperatorio è più grave. Anche qui però occorre tenere in considerazione lo stato di altri organi quali il rene e il cuore principalmente.

Concludendo: lo stato epatico prima della operazione merita di essere studiato e se i metodi attuali non hanno un valore assoluto forniscono tuttavia dati di un certo valore.

Come si usa abitualmente per il cuore, la tensione arteriosa, l'azotemia e la costante di Ambard, così anche per il fegato dovrebbe essere sistematicamente studiata la funzione prima dell'operazione. La prognosi sarà tanto migliore quanto più questi differenti organi si avvicinano allo stato normale. Lo studio della funzione epatica permette, inoltre, una scelta più razionale dell'anestetico: con uno stato epatico deficiente bisogna assolutamente evitare il cloroformio e possibilmente anche l'etere; mentre questi anestetici benchè tossici possono adoperarsi in un soggetto giovane e per un'anestesia di breve durata. In questi casi bisogna affidare l'anestesia a un narcotizzatore esperimentato per evitare la somministrazione irregolare e le crisi di asfissia che sono spiccatamente epatotossiche. Si adopererà con circospezione la morfina specialmente negli epatici e nei renali. Infine la preparazione del malato, sempre importante, è più importante se il fegato è deficiente.

Evitare l'operazione subito dopo l'ingresso in clinica e stabilire un periodo di riposo di alcuni giorni, a regime normale, che assicura al fegato una buona riserva glicogenica e che può essere utilizzato per praticare iniezioni di estratto epatico o splenico.

G. PACETTO.

Diagnosi e trattamento della colecistite subacuta.

(BAIN. *Lancet*, 9 marzo 1929).

L'A. comincia con alcuni rilievi fisiologici.

La bile costituisce insieme un'escrezione ed una secrezione, in quanto provvede all'eliminazione di alcuni prodotti di rifiuto ed ha inoltre una funzione importante nella digestione dei grassi. Gli acidi biliari o i loro prodotti di decomposizione sono in parte assorbiti dall'intestino e poi di nuovo secreti dal fegato. Questo riassorbimento ha importanza in quanto i sali biliari hanno azione eccitante sulle cellule epatiche secernenti la bile. D'altra parte essi costituiscono il mestruo per la soluzione della colesterina che è sempre presente nella bile e che sembra derivare dallo stroma delle emazie distrutte dal fegato.

La secrezione della bile è continua ed ha una pressione media di circa 30 mm. di Hg, ossia tre volte quella della vena porta.

La capacità della cistifellea è piccola, essa si riempie completamente con la bile prodotta in mezz'ora.

Il potere amilolitico dell'estratto pancreatico è raddoppiato e l'azione dissociatrice sui grassi triplicata dall'addizione di bile o di sali biliari.

Durante la sua permanenza nella cistifellea la bile è concentrata in seguito a riassorbimento di acqua e ad addizione di mucina o di nucleoalbumina.

L'eccitazione del midollo spinale o dei nervi splancnici diminuisce la secrezione della bile in seguito allo spasmo dei vasi midollari, mentre la sezione degli splancnici può aumentarne il flusso.

La bile ingerita per bocca o iniettata nel sangue provoca un notevole aumento della sua secrezione. È probabile che i sali biliari abbiano un'azione specifica sulle cellule epatiche.

Anche i peptoni e le proteosi, nonchè la secretina, hanno un'analoga marcata azione eccitatrice.

La presenza del chimo del duodeno produce, per azione riflessa indotta dai grassi, la contrazione della cistifellea ed il rilasciamento dello sfintere di Oddi, contrazione che non è nè forte nè uniforme, ma lenta e graduale.

Dato il suo volume la cistifellea può dirsi abbondantemente provvista di vasi e di nervi forniti dal vago e dal simpatico.

L'eccitazione leggera del vago produce la contrazione dell'organo ed il rilasciamento dello sfintere di Oddi, mentre l'eccitazione forte produce una più forte contrazione dell'organo e lo spasmo dello sfintere. L'eccitazione del simpatico produce rilasciamento della cistifellea e contrazione dello sfintere di Oddi.

Recenti esperimenti tenderebbero a dimostrare che l'infezione della cistifellea non avviene dall'intestino attraverso il dotto escretore, ma per via ematica.

Quando la cistifellea è infiammata si hanno lesioni concomitanti di altri organi, e sopratutto del fegato con alterazione nella composizione della bile.

I sintomi iniziali della colecistite sono generalmente riferibili all'apparato digerente e sono dai pazienti attribuiti a disordini gastrici. Spesso il solo sintoma presente è un inspiegabile stato depressivo periodico.

Il segno più importante è costituito dalla dolenzia alla pressione profonda sulla cistifellea a parete addominale rilasciata. Talvolta il retto destro si contrae nell'ipocondrio in occasione della palpazione, contrazione che permane talvolta per qualche settimana.

Occorre tener presente che gli stessi sintomi possono verificarsi nella panniculite e nel rene mobile destro. Nella prima però il pizzicare i tessuti superficiali provoca un dolore che manca nella colecistite, e nel rene mobile le modalità del dolore sono caratteristiche e ben differenti da quelle del dolore delle affezioni della cistifellea.

La diagnosi differenziale con l'ulcera duodenale è spesso difficile e talvolta impossibile. I segni fisici possono essere simili, ma i dati

anamnestici ed i sintomi sono differenti. Talvolta le due affezioni sono coesistenti. L'esame radioscopico toglie ogni dubbio. L'ipercolesterinemia occorre in parecchie affezioni, ma quando è associata con segni definiti di lesione della cistifellea, costituisce un segno diagnostico decisivo.

Anche l'appendicite e la colecistite possono verificarsi contemporaneamente. Per la diagnosi differenziale sono dati importanti la sede del dolore e della difesa muscolare, i segni rilevabili con la palpazione.

Individui neurotici possono accusare sintomi riferibili ad affezione della cistifellea, che all'esame risulta integra. In tali casi è utile praticare l'esame radiologico, anche per non impressionare e rassicurare il paziente.

Le misure terapeutiche che l'esperienza ha dimostrato efficaci sono di tre specie: assicurare l'evacuazione intestinale quotidiana, riduzione rigorosa della dieta almeno per una quindicina, proibizione di alcuni alimenti come fegato, rene, cervello, grassi, carne, torlo d'uova, legumi.

Occorre inoltre migliorare la digestione, somministrare colagoghi, sopratutto i sali biliari, prescrivere impacchi caldi sulla regione del fegato. L'acqua sulfurea agisce come colagogo e come disinfettante intestinale. Gli esercizi fisici, non faticosi, agiscono migliorando la digestione ed attivando la funzione epatica. Il raffreddamento e la fatica d'ogni genere devono essere evitate. È molto raccomandabile la pratica del bagno caldo quotidiano.

DR.

ONCOLOGIA.

Sul problema dei tumori maligni.

(HEIDENHAIN, HAUSER, ecc. *Archiv. f. Klin. Chir.*, vol. 152, pag. 235).

Heidenhain è convinto di un'origine parassitaria dei tumori maligni. Ha eseguito una serie di ricerche trapiantando tumori umani nei ratti. Una poltiglia del tumore veniva addizionata con 9 parti di soluzione fisiologica e conservata, sotto toluolo, per 10 giorni in termostato. La dose iniettata è stata di 0,5 gr. Ottenne risultati positivi nel 6,2 % dei casi. I tumori sviluppatisi nei ratti sono stati carcinomi e sarcomi, indifferentemente; così p. es., da un cancro del retto si è sviluppato nel ratto un sarcoma della spalla, che trapiantato a sua volta ha dato origine in un ratto a un cancro del fegato, in un secondo a un cancro della mammella. Da un osteocondrosarcoma si sviluppò un sarcoma del femore, un cancro della mammella e nel secondo trapianto un condroma maligno, un cancro dell'utero, un sarcoma del femore, ecc. Ottenne risultati simili anche con un'ascite carcinomatosa.

Conclude osservando che l'agente del tumore maligno è intracellulare e che si rende libero con l'autolizzazione del tessuto, che i tumori maligni sono infettivi e che il 94 % dei ratti iniettati hanno una immunità naturale per i tumori maligni.

Hauser, anatomo-patologo di Ludwigshafen, ha esaminato i preparati di Heidenhain e riconosce in essi veri tumori maligni.

Lubarsch ricorda gli esperimenti simili praticati da molti altri AA. tutti con esito negativo, non crede di poter ammettere una genesi infettiva.

Henschen ha trattato 31 tumori maligni con il piombo colloidale secondo Blair-Bell. Mai osservò una guarigione, in 5 casi un miglioramento transitorio. Pensa che forse si potrebbe ottenere qualche risultato aumentando la funzione della milza con la sezione dei nn. splancnici, con iniezioni di autolizzati splenici, con la somministrazione per os di milza, timo, ghiandole e infine con l'innesto di tessuto splenico o timico. Il concetto si fonda sull'esistenza di una possibile funzione antiblastomatosa della milza che spiegherebbe la rarità delle metastasi in questo organo.

VALDONI.

L'adamantinoma.

(C. C. SIMMONS. *Ann. of Surgery*, ottobre 1928).

Questo tumore viene anche detto adamantinoepitelioma, cistosarcoma, adenocarcinoma, odontoma epiteliale. L'A. lo crede meno raro di quel che non appaia dalla letteratura, viene spesso confuso colle cisti, i tumori giganto-cellulari e i carcinomi. L'A. ha curato 12 casi di adamantinoma nel Massachussetts General Hospital di Boston. Sono più frequenti nel mascellare inferiore; provengono dai resti dell'organo dello smalto o dai residui epiteliali paradentari. Tumori simili congeniti si rinvengono talora nella regione dell'ipofisi. L'organo dello smalto proviene da una introflessione dell'epitelio della bocca ed è l'unico tessuto epiteliale che prende parte alla formazione del dente. A seconda della differenziazione raggiunta da questi elementi epiteliali varia l'aspetto del tumore. Cellule poco differenziate danno luogo a tumori solidi simili microscopicamente a carcinomi. Talora gli elementi assumono una struttura glandolare e il tumore somiglia agli adenomi maligni delle glandole salivari. A uno stadio di differenziazione più avanzata le cellule sono cilindriche e si vedono cellule stellate vere cellule dello smalto. Però generalmente nello stesso tumore si rinvengono elementi a differenti stadi di maturazione.

Anche il connettivo prolifera attivamente. Complessivamente si possono distinguere tre tipi di cellule:

1) cellule cuboidi simili a quelle degli epiteliomi malpighiani;

2) cellule cilindriche che formano quei tumori detti anche cilindromi;

3) cellule stellate.

Si presentano come tumori cistici o policistici centrali, che tumefanno l'osso.

Nella mandibola sono per lo più presso l'angolo. Talora hanno zone fluttuanti. Benchè comunemente si affermi il contrario, sono tumori potenzialmente maligni. Si conoscono casi di metastasi glandolari, e di recidive locali.

Due dei casi dell'A. presentavano metastasi glandolari. Uno di questi, diffuse 14 anni dopo l'insorgenza del male. Un terzo caso presentava adenopatie cervicali ma non fu sottoposto a un intervento radicale per le sue condizioni generali. Il decorso degli adamantinomi è molto lento, i malati dell'A. presentavano il tumore in media da 9 anni, quando ricorsero all'ospedale. Molti di questi malati erano stati operati e il tumore era recidivato.

Si possono avere in ogni età. Nel mascellare superiore possono fare sporgenza nell'antro, ma per lo più si sviluppano fra il palato duro che viene usurato e la mucosa nasale. L'aspetto radiografico è quello di una cisti uni- o multiloculare. Quest'ultimo aspetto è caratteristico.

La sintomatologia è scarsa, si possono avere fratture patologiche.

La diagnosi si deve basare sulla lunga durata della malattia e sul quadro radiografico di una tumefazione cistica centrale del mascellare.

Le cure conservative non danno buoni risultati. In 10 pazienti dell'A. così trattati il tumore era recidivato in tutti. Questa è anche l'opinione di Bloodgood. L'A. consiglia la resezione dell'osso malato. Crede però che forse negli individui giovani con tumori piccoli e a cellule ben differenziate è meglio tentare da prima una semplice asportazione del tumore specie se della mandibola, dove la mutilazione in seguito alla resezione sarebbe grave. Tanto più che le recidive sono sempre locali. Se però il tumore è a cellule cubiche, conviene intervenire largamente.

M. ASCOLI.

EPIDEMIOLOGIA.

Problemi attuali di epidemiologia con speciale considerazione alla febbre tifoide.

(E. FRIEDBERGER. *Annali d'Igiene*, vol. XXXVIII, 1929).

Le maravigliose e sensazionali scoperte di Pasteur e di Koch nell'ottavo decennio del secolo scorso parvero risolvere il problema dell'etiologia della maggior parte delle più importanti malattie infettive. La nuova scienza batteriologica si sentiva non solo abbastanza forte per riconoscere i fattori causali dei singoli casi di infezione ma, accecata dalla prima marcia trionfale, credette di poter chiarire anche l'enigma delle origini, dello svolgimento e della estinzione delle grandi epidemie, enigma che, prima di allora, sembrava misterioso, quanto sinistro.

E si ritenne di avere jugulato le epidemie con i metodi di lotta inaugurati su queste basi, non tenendo presente che mancava qualsiasi *valutazione critica* dei risultati avutisi attuando i metodi di lotta ufficiali, fatta da altri giudici competenti.

Ora, durante gli ultimi anni, alcune infezioni endemiche acute, come il tifo, hanno mostrato in alcuni Paesi una tendenza verso la diffusione epidemica. Per quanto riguarda la Germania, si sono avute, così, le epidemie di Pforzheim (5700 casi su 74.000 abitanti), di Ahlfeld (1000 casi su 13.000 abitanti) ed altre. Fatti questi da indurci ad una revisione seria del giudizio, forse troppo presuntuoso, ottimistico ed affrettato, sul valore dei nostri metodi di lotta contro le epidemie. Le differenze reali, che esistono fra le attuali epidemie e quelle gravissime del passato, sono forse dovute, meno ai nostri mezzi specifici di lotta, che ai progressi della tecnica, i quali rendono possibile una migliore organizzazione, un più rapido trasporto all'ospedale, un più efficace isolamento del malato e più solleciti provvedimenti medici.

Il nostro sistema di lotta, di polizia sanitaria, tende ad attribuire soverchia importanza alla batteriologia. Se non che l'epidemia non è un fenomeno puramente batteriologico ed i nostri studi sulle epidemie non vanno condotti unicamente sulla base dei risultati batteriologici e dal punto di vista del batteriologo. Anche l'educazione dei nostri medici, e specialmente di quelli funzionari dello Stato, è orientata troppo unilateralmente verso i supposti successi della batteriologia. La storia delle epidemie, del resto, ci dimostra che quelle del passato hanno una perfetta rassomiglianza con quelle dell'epoca nostra, in cui noi ci illudiamo di potere arrestarle scovandone i focolai ed adottando delle misure antiepidemiche, fondate sulla sola batteriologia, di cui si è esagerata la portata.

ERRORI FONDAMENTALI.

Il sistema applicato in tutti i Paesi civili è basato su tre errori fondamentali.

1) Si ammette di poter riuscire a scoprire i primi casi della malattia infettiva ed, isolandoli, ad impedire che il morbo si diffonda e ad esaurirne la fonte. Ora, per la tifoide, se anche fosse possibile l'esatta diagnosi batteriologica di ogni caso dichiarato e se tutti i casi fossero veramente denunziati — e non soltanto i due terzi ed anche questi molto tardi — rimarrebbe sempre il fatto che mol-

tissime infezioni avvengono per contatto con i casi precoci (e perciò non ancora diagnosticati) e con i numerosi casi di forme lievi (frequenti sovratutto nei bambini).

È poi da tenersi presente che la *genesi dell'epidemia* è antecedente a qualsiasi possibilità di accertamento batteriologico, poichè essa presuppone tutto un complesso di cause e di condizioni essenziali, in seguito alle quali i germi possono svilupparsi e determinare la diffusione epidemica.

2) Si ritiene che la comparsa dei casi *a gruppi*, quale si verifica tipicamente verso l'autunno, sia da qualificarsi per lo *scoppio esplosivo* di una epidemia. Ora, tale *esplosione* è soltanto apparente. L'epidemia matura lentamente, il germe si diffonde largamente fra la popolazione, determinando un'*infezione potenziale*, fino a che si crea quel complesso di condizioni per cui un numero piuttosto grande di portatori non ancora malati, si ammala gravemente e si giunge, quindi, all'*infezione attuale*, con manifestazione epidemica. Non l'insorgenza, ma la manifestazione esplosiva, entra nel campo del medico e, qualche settimana più tardi del punto culminante, nella sfera d'azione dell'igienista. La « ripida » salita della curva epidemica non è dovuta tanto allo scoppio di nuovi casi, quanto all'afflusso accumulato delle denuncie.

Più si è indagato accuratamente e più si è visto che le epidemie apparentemente esplosive non sono spesso che epidemie per contatto. Gli « scoppi esplosivi », le così dette epidemie da latte o da acqua, sono spesso simulate dalle deficienze del sistema di denunzia, come l'A. ha dimostrato per l'epidemia di Anklam, di cui riporta la curva apparente e quella corretta.

Soltanto quando la curva dell'epidemia ha raggiunto il punto culminante — e non prima, anzi spesso dopo — si adottano le misure che, coincidendo con la parte naturalmente discendente della curva, danno l'impressione di essere state efficaci.

3) Lo scoppio apparentemente esplosivo dell'epidemia fa pensare ad una causa esterna comune e, da anni, si sogliono considerare specialmente l'acqua ed il latte.

Ora, a parte che la presenza dei bacilli del tifo nell'acqua potabile o nel latte non è quasi mai stata dimostrata *in tempo di epidemia*, l'A. porta contro l'ipotesi di questa origine delle epidemie, diversi argomenti, fra cui i seguenti:

a) le epidemie apparentemente esplosive furono assai più frequenti nel passato che adesso, sebbene non esistessero allora nè impianti di acqua potabile, nè l'approvvigionamento centrale del latte ed avevano lo stesso carattere odierno;

b) proprio nelle epoche della maggiore possibilità di inquinamento dell'acqua, la frequenza del tifo è bassa;

c) in tempo di epidemia esplosiva, il numero di malati per ogni singola famiglia è di gran lunga minore del numero che sarebbe proporzionato al consumo generale dell'acqua o del latte;

d) nonostante che l'acqua ed il latte siano di consumo generale per tutti i ceti della popolazione, la frequenza dei casi di tifo è strettamente collegata alla struttura sociale (più alta nei ceti bassi);

e) i portatori di bacilli sono molto frequenti (il 5,1 % su un migliaio di individui addetti a latterie), sicchè le epidemie da latte dovrebbero scoppiare assai più spesso. Tali portatori possono trovarsi per degli anni senza determinare delle epidemie;

f) l'eliminazione dei bacilli da parte dei bacilliferi ha luogo durante tutto l'anno, sebbene in modo critico; le epidemie dette da acqua o da latte, scoppiano invece quasi sempre in autunno;

g) le zone di approvvigionamento dell'acqua e del latte e quelle di distribuzione delle epidemie non coincidono.

Si pensi poi all'enorme numero di bacilli del tifo che sarebbe necessario per inquinare tutto un acquedotto ed al fatto che essi, se anche possono vivere per qualche tempo nell'acqua, non vi si possono moltiplicare e si comprenderà che la genesi di ogni epidemia non va ricercata nell'acqua e nel latte. Un tempo vi era la tendenza ad attribuire a tali elementi la maggior parte delle epidemie; man mano che lo studio venne affidato a specialisti, queste ipotesi vennero sempre più decadendo.

Beninteso, con ciò non si intende affatto di rinunziare a tutte le possibili misure precauzionali nei servizi d'acqua potabile o nell'approvvigionamento del latte. Soltanto, queste non vanno considerate quali l'alfa e l'omega della campagna antiepidemica, come fanno gli epidemiologi che studiano esclusivamente gli aspetti batteriologici della questione.

NUOVI INDIRIZZI.

Nell'epidemiologia, bisogna anzitutto considerare quali condizioni generali si debbono creare o conservare per impedire che la maggioranza degli individui infettatisi si ammali e tener conto, inoltre, della teoria sulla variabilità dei batteri e della possibilità che, sotto determinate influenze, i batteri intestinali entrino in una fase in cui provocano malattie e causano endemie ed epidemie.

Fra le *misure che non si debbono applicare durante un'epidemia*, entra in prima linea la vaccinazione preventiva, la quale si potrà tutt'al più fare negli intervalli. Nè bisogna dimenticare che la vaccinazione profilattica con bacilli uccisi è basata sopra un principio inesatto e che le statistiche che si adducono a

prova dell'efficacia di essa non sono degne di eccessiva fiducia.

L'A. è convinto che non si è raggiunta ancora nessuna prova decisa dell'utilità della vaccinazione antitifica ed osserva che, anche se le autorità preposte alla pubblica salute sono convinte del contrario, agiscono in modo irrazionale prescrivendo la vaccinazione *mentre* imperversa l'epidemia, con la possibilità di rendere manifesti dei casi latenti.

Nella lotta antiepidemica è necessario andare oggi oltre Koch e Pettenkoffer; essi ci hanno dato, in verità, molto, ma non quanto ci vorrebbero far credere le stereotipate conclusioni dei loro successori. L'avere ricacciato indietro la peste ed estirpato la lebbra alla fine del medio evo è merito assai più grande che l'aver determinato una diminuzione del tifo nell'epoca batteriologica od una diminuzione temporanea della difterite o della scarlattina. Il fatto stesso che la diminuzione del tifo è stata, più o meno, uguale in tutti gli Stati, dimostra che vi sono delle leggi assai vaste le quali esercitano dovunque un'influenza potente sugli avvenimenti epidemiologici.

Nell'avvenire, il nostro compito dovrà consistere, non già nello studio delle epidemie nella loro fase culminante, ma, rinunziando a qualsiasi preconcetto, nel ricercare *le leggi della genesi di un'epidemia.* Solo in questo modo potremo forse trovare le vie ed i mezzi per combattere le epidemie sistematicamente al momento giusto od anche prevenirle.

La nostra attenzione va rivolta ai frequenti disturbi intestinali di forma leggera od innocui in apparenza, che precedono solitamente le gravi epidemie di tifo e di colera. La parte di questi « nunzii » di future epidemie non è ancora chiarita; non sappiamo se vi siano rapporti etiologici o meno. Si tratta probabilmente di un accumulo di condizioni che, da una parte, conducono ad un catarro generale e, dall'altra, secondano simultaneamente lo scoppio di una epidemia specifica.

Nè bisogna poi perdere di vista che, accanto al microbo coltivabile e visibile del tifo, ne esiste certo un'altra forma la quale non è nè visibile nè coltivabile. Indubbiamente, tutto questo complica il problema e dimostra ancora una volta che la batteriologia non deve avere la parte preponderante nello studio delle epidemie.

Tutte queste idee turbano indubbiamente l'andazzo consueto e non sono sempre vedute di buon occhio, specialmente dalle pubbliche autorità, che hanno bisogno di direttive precise. Ma la scienza non deve preoccuparsi di difendere nessuna posizione. Essa è libera e non conosce ceppi. Da un cambiamento all'altro, da un progresso all'altro, essa procede per il suo cammino e più essa apprende, più tende anche a mettere in dubbio, domani, quello che oggi le era parso « l'ultima scoperta ». Essa quindi si pone continuamente in conflitto con l'igiene codificata, la quale non può rovesciare altrettanto presto i suoi paragrafi irrigiditi.

La scienza deve sempre incedere avanti e la polizia sanitaria seguirla. Per questa ragione, è bene che l'indagine epidemiologica non rimanga, come adesso, di esclusivo dominio degli stessi organi ufficiali che applicano le misure sanitarie e che la raccolta e pubblicazione del rispettivo materiale si faccia per opera di specialisti indipendenti, perchè ne creino il nuovo edificio della epidemiologia, da cui si attendono nuovi e grandi progressi.

FILIPPINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

DOTT. A. LUISADA. *Ipotensione e iposfigmia — deficienze di circolo —*. Vol. di pagg. XVI-352 con 52 figure nel testo. Editore: Luigi Pozzi, Roma. Prezzo L. 45.

Ci sia consentito di riportare la prefazione con la quale il prof. CESARE FRUGONI, Clinico medico di Padova, presenta ai medici italiani il libro del dott. Luisada.

« Presento agli studiosi e ai pratici le « Ipotensioni » del Dr. Luisada con vero compiacimento, poichè il mio allievo con lungo studio e grande amore ha compiuto buona opera di Clinica, cui è base una serie di contributi personali, cui è corpo una precisa delimitazione del problema clinico e vertice — utilmente raggiunto — una serie di corollari pratici e di concrete applicazioni terapeutiche.

« Per questo il libro non interesserà soltanto gli studiosi specializzati, ma quanti in Clinica sanno il valore di una esatta conoscenza e valutazione di sintomi e di sindromi di tanto comune osservazione e che quotidianamente al letto dell'ammalato pongono problemi, suscitano dubbi, esigono pronti interventi.

« L'argomento, benchè di vaste proporzioni, non aveva ancora ricevuto la sua sintetica formulazione. Tale vuole essere invece, come messa a punto del problema, il libro del Dr. Luisada, che da molti anni per mio consiglio ne ha fatto oggetto di sistematico studio.

« Ed è con metodo che la materia è esposta, partendo dalle nozioni di tecnica e da premesse sperimentali che costituiscono un capitolo completo della fisiologia e della semeiotica del circolo, mentre nello studio clinico delle sindromi di ipotensione e di iposfigmia è utilizzato un ricco materiale e sono impiegati anche metodi di tecnica personali e strumentario appositamente costruito.

« Ne viene che non vi è quasi capitolo nel quale l'A. non abbia portato qualche contributo e non possa esprimere il suo personale

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

convincimento. La materia è perciò non solo larga, ma viva e permeata di sano indirizzo clinico, per il che le « Ipotensioni » possono considerarsi opera di scienza e di pratica ».

Padova, aprile 1929-VII.

Prof. Cesare Frugoni.

J. H. Bainton, R. L. Levy, W. C. Munly e H. Pardee. *Criteria for the classification and diagnosis of heart disease.* Un vol. in-16° di pag. 91, rilegato. P. Hoeber ed., New York, 1928. Prezzo dollari 1,5.

Anche in medicina, si sente la necessità di una organizzazione scientifica del lavoro, dell'unificazione dei metodi di ricerca, dell'uso di una terminologia precisa e costante, che faciliterebbe il lavoro del medico e renderebbe più agevole e sicuro lo studio della letteratura relativa ad un dato argomento.

Con tali intenti è stato fatto questo libro, il quale è diviso in due parti riguardanti i criteri per la nomenclatura e la diagnosi, entrambe suddivise in singoli capitoli sull'eziologia, anatomia, fisiologia, capacità funzionale e malattie cardiache possibili e potenziali.

La prima parte è soltanto un elenco, mentre nella seconda, i singoli oggetti sono discussi in modo breve e sintetico, riassumendo alla fine i segni per ogni malattia, che risultano così più schematicamente evidenti. Nella parte fisiologica, dà più largo sviluppo all'esame elettrocardiografico. I capitoli sulla capacità funzionale e sulle malattie possibili e potenziali sono appena abbozzati.

Il libro può essere di reale utilità per una rapida ricapitolazione e per ricordare le più salienti caratteristiche delle malattie cardiache, nonchè allo scopo della standardizzazione a cui sopra si è accennato.

A. Filippini.

Rheumatic Diseases. Procedings of a conference on Rheumatic Diseases. Bath. 10-11 maggio 1928.

È una raccolta delle comunicazioni fatte da vari autori ad una conferenza sulle malattie reumatiche, tenutasi nel maggio 1928 a Bath, sotto la presidenza di G. Newman.

Le varie comunicazioni sono raggruppate secondo la parte trattata. Così in un primo capitolo sono riunite le comunicazioni riguardanti lo studio delle malattie reumatiche dal punto di vista generale e sociale. In un secondo capitolo sono raccolte le comunicazioni concernenti le cause delle malattie reumatiche, in un terzo quelle riguardanti il trattamento delle varie forme di esse. Fra i relatori figurano Dawson of Penn, Humpry Rolleston, Farguhar Buzzard, Coombs, Bezançon, Weil ed altri. Sono tutte brevi comunicazioni che espongono i risultati delle più recenti acquisizioni, e le conclusioni delle osservazioni personali dei singoli autori.

E. Trenti.

R. Marchesini. *Compendio di ematologia.* Vol. in-8°. 2ª ediz. M. Courrier, ed., Roma, 1929. L. 25.

Questo manuale che è stato completamente esaurito nella I edizione, è stato dedicato al chiarissimo prof. V. Ascoli, direttore della Clinica Medica di Roma, che l'aveva degnato di una sua prefazione molto apprezzata.

Oggi rivede la luce con la II edizione aumentata di nuove nozioni e corretta. Essa non è un trattato: è un manuale ed appunto perciò, può riuscire di grande utilità pratica trovandosi in esso sinteticamente raccolta ogni cognizione utile, sia per la tecnica fisica, chimica, sierologica riferibile all'esame del sangue, sia per lo studio della morfologia che bene conosciuta è d'indirizzo al riconoscimento delle varie malattie del sangue e degli organi ematopoietici, che vi sono accuratamente descritti.

In fondo al testo vi è un indice terminologico, ad uso vocabolario che spiega il significato della parola che si ricerca e che porta il numero della pagina dove essa è trattata.

Chi lo legge, ne potrà certamente apprezzare il valore indiscutibile, di utilità e comodità.

Nicolò Castellino.

Brugsch Th. *Ergebnisse der gesamten Medizin.* Vol. XI, I e II parte. Urban e Schwarzenberg, Berlino, 1928.

L'XI volume degli Ergebnisse del Brugsch diviso in due parti comparse separatamente, ed ognuna delle quali di oltre 300 pagine, comprende argomenti vari, dei quali alcuni interessano direttamente tutti i medici, alcune soltanto quelli dedicati ad una specialità. Infatti mentre lo studio delle aritmie del cuore, la profilassi delle malattie infettive, l'ematuria, i rapporti fra anemia e malattie dell'intestino, l'arteriosclerosi, rappresentano argomenti di dominio di tutti i medici, non esclusi i chirurgi, altri capitoli, quali ad es. la clinica e terapia dei miomi uterini, la perforazione dell'utero, la castrazione della donna, il trapianto libero di fascie tendinee in chirurgia, l'uso della lampada di Gullstrand nella pratica oculistica sono di particolare interesse esclusivamente per gli specialisti nelle singole branche. Come sempre ogni capitolo è stato compilato da medici particolarmente versati nella materia trattata, e fra gli autori figurano il Brugsch, il Casper, il Faber, il Prausnitz, il Runge, il Munk, ecc.

Numerose sono le illustrazioni sia in nero che a colori, nitide e molto dimostrative per ogni argomento.

E. Trenti.

A. Casarini. *La medicina militare nella leggenda e nella storia.* Un vol. in-8° di 680 pag., con 155 fig. Giornale di medicina militare, Roma, 1929. Prezzo L. 60.

L'A. esamina l'evoluzione della medicina militare fin dai primi tempi, fra gli Assiri ed i Babilonesi, gli antichi greci, gli indiani; dedica poi due ben nutriti capitoli all'assistenza sanitaria militare nell'antica Roma e nel medioevo ed esamina poi quali esse furono nei secoli posteriori, nelle guerre napoleoniche e nei tempi più vicini a noi, guerre dell'indipendenza italiana, guerra franco-prussiana, campagne coloniali italiane, fino a quella di cui in tutti è più vivo il ricordo, nella grande guerra mondiale; che fra i medici fece olocausto di tante vittime silenziose, cadute nell'opera amorevole di soccorso.

L'importanza di un ben organizzato servizio sanitario è essenziale durante le tristi necessità della guerra. *Estote parati!* ed il riandare la storia e le origini, lo studiare lo sviluppo dell'arte sanitaria militare è preparazione sicura per la buona organizzazione avvenire. Il ponderoso studio del colonnello medico Casarini è, sotto tale punto di vista, completo ed esauriente, associando la vasta e profonda coltura con le esigenze della pratica ed, a buon dritto, esso è stato onorato dal primo premio nel concorso 1927 per lavori su temi militari.

fil.

L. Vidal e M. Dareau. *Dictionnaire de spécialités pharmaceutiques.* Un vol. in-24° di 868 pag. Office de vulgarisation pharmaceutique, Paris, 1928. Prezzo frs. 15.

È un repertorio, per ordine alfabetico, di numerose specialità farmaceutiche francesi, che può essere di utile consultazione nel sempre più vasto dilagare di tali medicamenti.

fil.

Atti e Memorie della Associazione medico-chirurgica di Alessandria per l'anno 1928. Un vol. in-8° di pag. 465. Casa editrice Sacerdote, Alessandria, 1929.

L'Associazione medico-chirurgica di Alessandria è stata costituita nel 1927 all'intento di promuovere la coltura e di stimolare l'attività scientifica e pratica dei suoi componenti.

Il grosso volume, di cui l'edizione è stata curata dal dott. P. Carezzano dimostra il valido contributo che i medici alessandrini hanno portato nei diversi campi della medicina, della chirurgia, delle specialità, con memorie ed osservazioni originali di notevole importanza.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 27 aprile 1929.
Presidente: Prof. V. Ascoli.

Influenza del respiro sul ritmo di contrazione del ventricolo nella vibrazione auricolare (auricular-flutter).

Meldolesi Prof. G. — L'O. riferisce il caso di un giovanetto di 14 anni, il quale, dopo aver subito la difterite, aveva cominciato ad accusare accessi vertiginosi talora accompagnati da perdita di coscienza. All'esame obbiettivo si notava, a carico dell'apparecchio circolatorio, un lieve aumento del ventricolo sinistro, con scarsa pulsatilità della punta all'esame radiologico, ed una aritmia a tipo respiratorio. All'elettrocardiogramma si osservava una vibrazione auricolare, con maggior frequenza di contrazioni ventricolari ed aumento della frequenza vibratoria auricolare nell'inspirazione, minor frequenza sia ventricolare che auricolare nell'espirazione.

Alla compressione del seno carotideo, lieve rallentamento della frequenza vibratoria auricolare e sospensione assoluta dell'attività ventricolare per tutta la durata della compressione con sensazione di vertigine da parte del paziente.

Si tratta perciò di un'aritmia respiratoria di natura batanotropa sul fondo di una vibrazione auricolare con ipersensibilità vagale; analogamente alle modificazioni cronotrope dell'attività sinusale nella comune aritmia respiratoria; in rapporto alle modificazioni respiratorie del tono vagale, in questo caso si hanno modificazioni batanotrope.

La patogenesi dell'aritmia (vibrazione auricolare) va riferita ad un fatto miocardico di origine difterica, come dimostrano il lieve aumento dei diametri cardiaci, la persistenza della vibrazione osservata per più di un anno, e la iperpositività del riflesso seno-carotideo.

L'esposizione è documentata con la proiezione di grafiche.

Sul neutropismo della Spirochaeta hispanica (febbre ricorrente spagnuola).

Pampana Dott. Giulio J. — Disponendo di uno stipite di *S. hispanica*, agente della febbre ricorrente spagnuola, l'O. ha voluto studiare se questa spirochete, analogamente ad altre spirochete ricorrenti, fosse dotata di neutropismo. Ha potuto dimostrare la presenza di tale spirochete nel cervello di cavie infettate fino a 105 giorni avanti e quando cioè le cavie stesse non presentavano più spirochete nel sangue ed apparivano immuni. Con opportune ricerche l'O. ha altresì dimostrato che nonostante la presenza delle spirochete nel cervello, le cavie studiate possedevano un potere spirocheticida del sangue, tanto che le miscele di cervello e di sangue riuscivano inattive, mentre le emulsioni di cervello trasmettevano la spirochetosi.

Il neutropismo sembra pertanto essere un fenomeno comune a tutte le spirochete che determinano le febbri ricorrenti, ed è utilizzabile per conservare questi microbi con minor dispendio di animali.

Sull'agente patogeno dell'endocardite lenta maligna.

TRENTI Prof. E. — Dopo aver richiamato precedenti studi personali e dopo aver ricordato che alcuni AA. ritengono lo streptococcus viridans come esclusivo agente specifico dell'endocardite lenta maligna, l'O. comunica che in quattro casi di tale affezione ha osservato speciali streptococchi non emolizzanti nè « viridans », a catenelle brevi, a morfologia irregolare, che non erano coltivabili all'infuori del liquido dell'emocoltura. Ricordando che nel 1923 potè isolare da casi di endocardite anche streptococchi emolitici e anemolitici, conclude che l'endocardite lenta maligna non è causata esclusivamente dallo s. viridans, ma anche da altri streptococchi.

Il Prof. PUNTONI prende la parola per osservare che la suddivisione degli streptococchi in più specie, basata sull'azione biochimica del sangue, non è accettabile potendosi osservare la trasformazione di un tipo in altro tipo. Le diverse azioni del sangue rappresentano piuttosto momentanee attitudini biochimiche degli streptococchi, che non caratteri fissi sui quali possa essere basata una specificazione.

Il Prof. TRENTI è d'accordo col prof. Puntoni ed osserva che quanto egli ha detto si accorda con le sue conclusioni contro la specificità di presunte affezioni da Viridans.

Osservazioni sul polso venoso nell'eupnea.

GALAMINI Prof. A. — L'O. ha raccolto il polso venoso in 10 giovani sani, dai 23 ai 30 anni, attaccando sulla cute, in corrispondenza del bulbo della giugulare, una piccola capsula esploratrice di alluminio, che era connessa con una capsula scrivente di Marey. Con questa tecnica si evitavano le deformazioni che sono impresse al polso venoso dalle involontarie variazioni di pressione, esercitata dalla mano dell'osservatore, sulla capsula esploratrice, quando la mantiene direttamente aderente alla cute. Il polso venoso aveva per ciascun soggetto caratteri propri; i 10 polsi raccolti possono essere raggruppati in 4 tipi: 5 ad un primo tipo; 2 ad un secondo; 2 ad un terzo; 1 ad un quarto. I diversi tipi si differenziano pel diverso prevalere delle onde positive o delle negative e pel diverso rapporto esistente tra di esse.

Rinunciando il prof. GALAMINI alla sua seconda comunicazione, il PRESIDENTE toglie la seduta.

Il Segretario: V. PUNTONI.

Associazione Medica Triestina.

XIV adunanza scientifica del 1° febbraio 1929.
Presidente: Dott. A. COFLER.

L'otorinolaringologia ed i suoi rapporti con le altre branche della medicina, con particolare riguardo alle malattie allergiche.

Prof. RIMINI. — Entrando anzitutto nel campo otoiatrico l'O. accenna ad un reperto dell'esame dell'orecchio, importante per la diagnosi di lue, cioè alla spiccata diminuzione della percezione del suono attraverso le ossa craniali in persone giovani affette da lue, e che non presentano turbe da parte dell'organo dell'udito. L'O. quindi espone l'intimo nesso che esiste tra l'otologia e la neurologia, argomento già trattato estesamente dal prof. RIMINI con dimostrazioni pratiche in una precedente comunicazione.

L'O. accentua l'importanza dell'esame funzionale del labirinto (esame calorico e rotatorio per la constatazione dell'eccitabilità vestibolare) per la neurologia. Cómpito dell'esame si è di constatare le condizioni in cui si trovano i tratti vestibolo-oculari, e quelli vestibolo-cerebellari. Importante è specialmente l'esame funzionale dell'orecchio per la diagnosi dei tumori cerebrali.

Passando alla rinologia, il prof. RIMINI espone il nesso tra le affezioni del naso e dell'occhio, soffermandosi in ispecie sull'importanza dell'esame rinologico nei casi di neurite retrobulbare, dovuto spesso alla presenza di una sinusite latente. L'O. richiama l'attenzione dei colleghi sul fatto che tale affezione oculare non sempre è dovuta all'esistenza della sinusite, la quale con troppa facilità viene ritenuta quale causa della neurite retrobulbare, ma talvolta è sintomo iniziale di una sclerosi multipla, specialmente se la neurite è congiunta a vertigine di origine labirintica. Neurite retrobulbare e vertigine (con reperto di turbe di eccitabilità del nervo vestibolare constatate all'esame funzionale dell'orecchio) sono sintomi iniziali di sclerosi multipla.

Passando alle affezioni del cavo naso-faringeo, l'O. si sofferma sull'adenoidismo. Secondo le vedute moderne si ammette l'esistenza di una costituzione adenoidea che spesso si riscontra nello stato timico-linfatico. Alcuni ammettono che l'adenoidismo sia congiunto ad ipotiroidismo con vagotonia. L'O. accentua l'importanza dell'adenoidismo quale malattia costituzionale.

Passando quindi alle malattie del faringe, l'O., dopo aver accennato all'importanza di un esame faringeo per la diagnosi precoce di alcune malattie infettive (morbillo, scarlattina), ed al nesso fra affezioni delle tonsille e reumatismo articolare acuto, all'importanza dell'angina quale causa di piemia, e di affezioni renali, si sofferma in particolare a trattare della scarlattina. Secondo le vedute recenti di Friedmann e di Deicher, condivise uper da Schottmuller e da altri, la scarlattina sarebbe un'affezione locale delle tonsille, una tonsillite acuta prodotta dallo streptococco emolitico; l'esantema scarlattinoso sarebbe causato dalle tossine del predetto streptococco. Secondo tale veduta, il malato di scarlattina, anche dopo il periodo della desquamazione sarebbe in grado di diffondere il germe infettivo, e causare ulteriori infezioni, fino a tanto che lo streptococco è contenuto nelle tonsille; egli sarebbe bacillifero come nelle altre infezioni (difterite, tifo). Tali vedute furono confermate dalle esperienze praticate dalla clinica otorinolaringologica di Francoforte, in seguito alle quali, esaminati oltre 100 casi di scarlattina, furono riscontrati pazienti provvisti di tonsille; mentre in un numero rilevante (360) di pazienti tonsillectomizzati furono riscontrati soltanto 4 casi di scarlattina (2 nei quali l'infezione scarlattinosa subentrò 2 giorni dopo l'operazione, scarlattina da ferita e 2 nei quali fu praticata soltanto la tonsillotomia).

L'O. si trattiene quindi sull'importanza del-

l'esame laringeo, e specialmente sullo stadio pretubercolare della laringite, caratterizzata dall'iperemia di una sola corda vocale caratteristica specialmente per lo stadio iniziale della tubercolosi laringea, secondo le vedute di qualche autore francese. Vengono quindi esposte le turbe di motilità della laringe (paralisi del postico, paralisi del ricorrente), quale contributo diagnostico per varie affezioni (dilatazione dell'atrio nei vizi cardiaci, tumori mediastinici, tumori dell'esofago, affezioni delle ghiandole peribronchiali, ecc.).

Il prof. RIMINI espone quindi la seconda parte della sua comunicazione, cioè le malattie allergiche nell'otorinolaringologia. Data la definizione dell'allergia secondo Kammerer, ed esposta la differenza tra allergia ed anafilassi, l'O. tratta della diatesi allergica che è ereditaria, caratterizzata da vari fattori (sensibilità, ossia cutireazione positiva agli estratti di forfora umana, fattore questo però non caratteristico per la diatesi allergica, potendo riscontrarsi tale fenomeno positivo anche in persone non disposte all'allergia), quindi reazione vagotonica dell'adrenalina, diminuzione del calcio nel sague ed eosinofilia generale e locale nei tessuti. Oltre alla diatesi allergica, si riscontra in tali ammalati uno squilibrio di funzione del sistema neuro-vegetativo in unione a turbe funzionali del sistema endocrino. L'O. si sofferma sull'importanza dell'equilibrio funzionale del sistema neuro-vegetativo per la funzione regolare degli organi; tratta della funzione antagonistica del simpatico e parasimpatico, descrive i metodi di esame principali per riconoscere le turbe funzionali di ciascuno dei due sistemi (riflesso oculo-cardiaco del Dagnini, riflesso naso facciale, e l'esperimento di Muck con l'adrenalizzazione della mucosa nasale e consecutivo stimolo meccanico della predetta mucosa con una sonda, per esaminare l'eccitabilità maggiore o minore del simpatico e parasimpatico).

L'O. espone quindi quali siano le malattie allergiche, e le vie d'entrata nell'organismo delle sostanze allergiche (rinite spastica, asma bronchiale, orticaria ed altre affezioni cutanee di origine allergica, e l'edema di Quincke). Egli tratta particolarmente della rinite spastica, descrivendone la sintomatologia, e la doppia divisione in rinite periodica, cosidetta da fieno, ed aperiodica causata da varie altre sostanze allergiche (rinite prodotta da cause allergiche di origine alimentare o causata da derivati epidermici, muffe, polveri della casa, sostanze medicamentose, in ispecie l'ipecacuana, ecc.). L'O. si chiede quindi se la rinite spastica aperiodica debba ritenersi sempre di origine allergica, riferendosi specie al fatto che i malati affetti da rinite spastica aperiodica sono sensibilissimi alle correnti d'aria e spesso sono colti da accessi di sternuti e rinorrea al mattino scendendo dal letto e scoprendosi. Ciò farebbe pensare che in singoli casi si tratti di una neurosi nasale riflessa, affezione questa tratta in campo nel 1884 dal Fliess ed altri, alla quale pure in quell'epoca con esagerazione furono atttribuite ulteriori turbe funzionali riflesse in altri organi (dismenorrea, ecc.). L'O. descrive quindi la patogenesi della rinite spastica e dell'asma. La sostanza allergica penetrata nel naso irrita le fibre simpatico-trigemellari della mucosa, ipersensibili, e lo stimolo giunge al ganglio sfeno-palatino, di cui descrive l'anatomia e le varie diramazioni di altri nervi cranici che ivi si collegano. Il prof. Rimini tratta della cosidetta sindrome del ganglio sfeno-palatino, tratta in campo dalla scuola capitanata dal Halpben e Terrucol e dalla scuola americana con a capo lo Sluden. Tale sindrome si manifesterebbe con la rinite spastica, talvolta asma, emicrania, talvolta epilessia. A convalidare tale asserzione, i predetti autori sostengono che l'anestesia mediante iniezioni di alcool del predetto ganglio, guarisce le affezioni preaccennate, delle quali la cosidetta sindrome del ganglio sfeno-palatino è l'esponente.

L'O. tratta quindi della terapia della rinite spastica, ed infine si sofferma sull'edema di Quincke laringeo, di cui rileva la gravità e le caratteristiche.

Trattasi pure di affezione allergica del laringe; l'O. descrive casi importanti tratti dalla letteratura recente, e descrive un caso osservato nell'ospedale civico « Regina Elena » di Trieste, nel quale, trattandosi di edemi fugaci della faccia, fu praticata la cura aspecifica con iniezioni di peptone.

Qualche tempo dopo l'iniezione insorsero gravi fenomeni di faringostenosi, dovuti ad edema laringeo, che rapidamente però scomparvero. L'O. conclude da ciò che nelle cure desensibilizzatrici col peptone si deve avere prudenza, potendo appunto come nel caso in termini, insorgere l'edema di Quincke laringeo.

In chiusa della sua comunicazione il prof. Rimini accentuò l'intimo nesso che esiste fra le branche speciali mediche e la medicina generale, sostenendo essere necessaria un'intima collaborazione reciproca a vantaggio dell'arte medica che da tale collaborazione può ritrarre grandi vantaggi.

Anafilassi, idiosincrasia e ipersensibilità in dermatologia (conferenza).

Il prof. FREUND dopo aver esposto la questione dell'anafilassi, idiosincrasia e ipersensibilità in generale, discute la questione delle dermatosi allergiche d'indole professionale e descrive poi le dermatosi — osservate recentemente da alcuni autori — causate dal contatto di bagnanti con alcune alghe (Dermatitis bullosa phytogenes). Passando poi alle cutireazioni con le proteine, l'O. ricorda anzitutto i numerosi esperimenti fatti in proposito dallo Scomazzoni (Clinica dermosifilopatica di Milano) e descrive alcune esperienze proprie degne di nota tra quelle fatte da lui con gli antigeni di natura proteica. Conclude col raccomandare il metodo delle cutireazioni come aiuto clinico in alcune dermatosi.

Il Segretario: E. RONCALLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Importanza pratica delle ricerche nel sangue e nel liquor.

Se ne occupa Pappenheim (*Wiener Klinische Wochenschr.*, n. 12, 1929).

L'importanza della R. W. è nota; essa è positiva quasi sempre nella paralisi progressiva, mentre nelle altre forme di lues nervosa (tabe, tabe paralisi, ecc.) può essere negativa: si ricordi inoltre che luetici possono ammalarsi di malattie nervose non luetiche, e in questi casi la positività della R. W. non ha valore per la diagnosi di natura del processo morboso. In un'altra malattia, la « mielosi funicolare », l'esame del sangue rivela sempre il quadro di un'anemia perniciosa; la ricerca del tasso della bilirubina nel sangue ci permette di differenziare un rammollimento cerebrale da un'emorragia, in cui il tasso è sempre superiore all'1:200.000. Nell'epilessia, secondo Félix, il contenuto di albumina nel siero di sangue sarebbe aumentato.

Grande valore hanno sopratutto le ricerche che si praticano sul liquor (conta dei leucociti, determinazione della globulina e dell'albumina, la reazione dell'oro colloidale, quella di Wassermann, la ricerca dello zucchero, del NaCl, la pressione del liquor).

Il liquor appare modificato nelle affezioni acute e croniche delle meningi, nei disturbi di circolo, nelle malattie funzionali, ecc.

I segni più importanti di un blocco spinale e quindi stasi del liquor sono: l'aumento dell'albumina, e il segno di Queckenstedt (mancanza di un aumento della pressione del liquor, quando si comprimono le vene del collo); talora anche una colorazione gialla del liquor (xantocromia) per passaggio della sostanza colorante del plasma nel liquor. Nella stasi del liquor, la sua pressione cade rapidamente e la reazione dell'oro mostra una modificazione nella « zona luetica » nei casi leggeri, una deviazione a destra nei casi gravi. (Detta reazione si basa sul trascolorare di una soluzione *rossa* d'oro colloidale, attraverso una serie di soluzioni, geometricamente crescenti (da 1/10 sino a 1/10000), di liquor patologico, in *rosso violetto*, *azzurro*, *celeste chiaro* e *bianco*. Si parla di deviazione a destra quando il mutamento di colore avviene nei liquor più diluiti, mentre la « zona luetica » corrisponde alle concentrazioni più elevate).

Nei casi di blocco centrale la puntura si praticherà alla regione lombare e nella cisterna; nel primo intervento si avrà liquor con i già descritti segni della stasi, nel secondo si troverà poco o affatto liquor. Se al blocco si aggiungono fenomeni d'infiammazione meningea, noi troviamo accanto ai segni descritti anche un aumento leucocitario.

Il reperto del liquor non dice però dove sia il processo che « blocca le vie del circolo rachideo; servirà a questo la mielografia (iniezione di jodol nella cisterna). Una sindrome da blocco può trovarsi anche nelle sciatiche e nelle nevriti, forse per disturbi di circolo locali. Ogni affezione organica del cervello e del midollo modifica il liquor, ma spesso assai poco (linfocitosi, cioè più di 5 per mmc., leggero aumento della globulina, ecc.).

In una meningite acuta o cronica il liquor è torbido, perchè ricchissimo di elementi cellulari (in prevalenza polinucleati), l'albumina è aumentata, lo zucchero e il NaCl diminuiti, la reazione colloidale deviata a destra: l'aumento dell'albumina e la polinucleosi indicano un aumento della permeabilità degli organi produttori di liquor (plesso coroideo, sistema capillare, pia madre).

Nella meningite tubercolare predominano i linfociti, c'è il coagulo della fibrina: non si trovano i bacilli di Koch. Gli agenti delle meningiti infettive possono isolarsi dal liquor; ma esistono meningiti asettiche (ab aure leso) e, viceversa, in infezioni come il tifo, la difterite, ecc. si possono trovare dei germi, senza che si abbia un quadro clinico di meningite. In linea generale la mancanza di batteri nel liquor ha un valore prognostico favorevole.

Nelle lesioni del cranio e nelle complicazioni otogene le variazioni del liquor precedono le manifestazioni cliniche e sono assai utili per una pronta terapia.

Di grandissimo valore è la R. W. praticata nel liquor: positiva anche quando è negativa nel sangue, essa può rendersi più sensibile usando un liquor prima riscaldato, in cui le « reagine » della paralisi sono immutate e quelle delle forme non luetiche assai indebolite. C'è poi un aumento degli elementi cellulari (20-50 per mmc. nella tabe e nella paralisi, fino a 200 nella lues cerebri recente): raramente possono aversi valori normali.

Minor valore ha l'aumento dell'albumina; importante invece il confronto tra la reazione di Weichbrodt e quella di Nonne-Apelt (precipitazione delle globuline per saturazione con solfato d'ammonio), essendo la prima più forte della seconda nella paralisi e nella lues cerebri recente, più debole invece nelle altre affezioni organiche.

La reazione dell'oro colloidale dà valori diversi; o modificazioni nella zona da 1/40 a 1/80, o su più vasta scala da 1/20 a 1/600 (curva della lues cerebri) o subito nelle prime provette (curva della paralisi); anche nella sclerosi a placche la reazione dell'oro può essere positiva; però la R. W. è negativa e gli elementi cellulari non sono in aumento.

La puntura lombare nella lues ha dunque un valore pratico non solo diagnostico; ed an-

che prognostico, data la precocità delle alterazioni del liquor; essa sarà perciò praticata, per es., in ogni disturbo isolato delle pupille (Argyll); il comportarsi delle alterazioni del liquor, il loro accentuarsi, o persistere o diminuire ci diranno fedelmente lo stato del processo morboso.

Uno scarso aumento degli elementi cellulari e dell'albumina, con R. W. negativa e una reazione d'oro abbastanza forte parlano per una sclerosi multipla.

L'encefalite epidemica dà aumento anche notevole delle cellule (da 20 a 100 per mmc.), albumina scarsa, zucchero aumentato, reazione d'oro di varia intensità, aumento della pressione. Nelle sindromi postencefalitiche e nel Parkinson il liquor è negativo; nei tumori del cervello la pressione è aumentata, un leggero aumento dell'albumina e dello zucchero, talora una colorazione gialla (xantocromia); quest'ultima può dipendere da piccolissime ripetute emorragie come anche da effusioni sanguigne nello spazio sub-aracnoideo.

Infine si è tentato di saggiare il grado di permeabilità degli organi che producono il liquor, somministrando bromo per bocca e ricercandolo poi nel liquor stesso, ma questo metodo non ha dato buone prove.

V. Serra.

Il liquido sinoviale nelle artriti croniche dal punto di vista bacteriologico e citologico.

C. E. Forkner, A. R. Shands, M. A. Poston (*Archives of Internal Medicine*, vol. 42, 1928) rilevano che, scorrendo la letteratura sull'argomento si nota come i diversi AA. abbiano rivolto in particolar modo l'attenzione allo studio della bacteriologia e della sintomatologia clinica delle artriti sia acute che croniche. Al contrario lo studio degli elementi cellulari, contenuti nel liquido sinoviale, è stato alquanto trascurato. Gli AA. su menzionati hanno condotto una serie di ricerche accurate allo scopo di stabilire se vi è o no un comportamento differente degli elementi cellulari nel liquido sinoviale sterile e in quello con culture positive. I casi di artrite studiati (escluse le forme tubercolari, sifilitiche, settiche acute e traumatiche), sia dal punto di vista clinico che radiologico, ammontano a 63, di cui 52 del tipo infettivo, 9 del tipo ipertrofico e 2 del tipo infettivo e ipertrofico. Si trattava di casi di varia gravità, con manifestazioni poliarticolari (54 casi) e monoarticolari (9 casi). Per quanto riguarda il sesso nel 54 % dei casi si trattava di uomini e nel 46 % di donne. In tutti e 63 i casi furono fatte delle culture con il liquido sinoviale e si ebbe un reperto positivo in 14 casi (22 %). In 11 casi venne isolato lo *streptococcus viridans*, in 2 casi il *gonococco* e in 1 caso lo *stafilococco aureo*. In 11 casi furono allestite anche delle culture con il materiale ricavato dalla puntura delle glandole linfatiche regionali, e in 10 casi (48 %) si ebbe un reperto positivo: in 9 casi fu isolato lo *streptococcus viridans* e in 1 caso il *gonococco*. In 5 dei 10 casi positivi venne isolato il medesimo microrganismo nel liquido sinoviale. Dai reperti bacteriologici appare, quindi, evidente che in un discreto numero di casi di artriti croniche (escluse le forme luetiche e tubercolari) è possibile ottenere delle culture positive dal liquido sinoviale e dal succo delle glandole linfatiche regionali. Appare altresì evidente che nei casi positivi si possono ottenere ripetute culture positive dal liquido delle medesime articolazioni. Il fatto, poi, di isolare lo stesso germe sia nel liquido sinoviale che nel succo delle glandole linfatiche regionali indurrebbe a ritenere che questi microrganismi possano essere gli agenti etiologici delle artriti.

Gli AA. dopo di essersi occupati della parte bacteriologica hanno studiato molto accuratamente la citologia del liquido sinoviale, procedendo alla determinazione del numero e della specie di cellule presenti nel liquido sinoviale di tutti e 63 i casi di artrite studiati.

In base alle loro osservazioni, riportate dettagliatamente nei protocolli, gli AA. pervengono alle seguenti conclusioni:

In tutti e 63 i casi il numero dei leucociti nel liquido sinoviale era aumentato. In media il numero dei leucociti nel liquido sinoviale con reperto culturale positivo era circa il doppio di quello riscontrato nel liquido sinoviale sterile. Il numero dei polinucleati neutrofili fu riscontrato spiccatamente più elevato in quei casi di artrite, nei quali il liquido sinoviale diede reperto culturale positivo. Il numero dei monociti e dei linfociti fu trovato spiccatamente più elevato nel gruppo delle artriti, nelle quali il liquido sinoviale diede un reperto culturale negativo. Ne consegue, perciò, che il numero e i tipi di cellule, che si riscontrano nel liquido sinoviale in casi di artrite, possono fornirci un criterio sulla positività o negatività del reperto culturale.

N. Marzo.

CASISTICA.

Malattia di Leo Buerger.

Nel 1908 L. Buerger descrisse per primo un'entità morbosa propria degli israeliti, caratterizzata da un'arterioflebite trombosante dei vasi periferici degli arti inferiori, di origine tossinfettiva con esito finale in gangrena delle dita o del piede.

Successivamente i casi osservati sono divenuti più frequenti e numerosi sono oggi quelli descritti nella letteratura. L. Zeno, O. Cames, I. M. Cid (*Rev. de Med. Lat. Americ.*, ottobre 1928) ne riferiscono ora un altro caso con decorso clinico e reperto anatomo-patologico identici a quelli descritti da Buerger, con l'unica differenza però che il p. era un argentino cattolico con antenati argentini di varie generazioni. In esso fu tentata dapprima una

simpaticectomia bilaterale, ma in seguito, per la persistenza dei dolori, fu dovuta amputare la gamba sinistra al terzo superiore, mentre per la destra ciò non si rese necessario e l'infermo fu dimesso dopo 3 mesi di degenza.

Gli AA. riportano interessanti preparati istologici del caso, con microfotografie che mettono in evidenza il processo di endovascolarite proliferante e trombosante dei vasi dell'arto amputato. I nervi appaiono avviluppati da tessuto connettivo fibroso assai abbondante rivelante la perinevrite. Il processo d'endoflebite vegetante predomina nelle vene, con mancanza di trombosi, mentre nelle arterie predomina il processo di trombosi e di proliferazione endovascolare. A. POZZI.

Alterazioni postoperatorie del sangue e loro importanza per la genesi della trombosi.

H. Heusser (*D. Zeit. f. Chir.*, 1928) ha studiato le modificazioni che subisce lo stato chimico-fisico, e la morfologia del sangue negli individui che hanno subìto un'operazione. Egli ha trovato un aumento della coagulabilità del sangue, una alterazione della proporzione delle varie albumine con un aumento a quelle più facilmente precipitabili col calore o gli acidi, una aumentata labilità degli albuminoidi, un aumento delle piastrine, un abbreviamento del tempo di coagulazione e di sanguinazione. Queste ricerche sono state eseguite sugli operati e sui feriti della Clinica di Zurigo e confermate da ricerche sperimentali.

L'A. riporta a queste modificazioni della crasi sanguigna la facilità con cui insorgono fatti di trombosi negli operati all'infuori di casi di debolezza cardiaca (trombosi marantiche) e di processi infettivi propagati ai vasi dai tessuti vicini (flebiti). Questa maggior facilità del sangue alla formazione di coaguli renderebbe pur frequente per cause lievi e solo in parte note, la formazione di trombi negli individui che hanno comunque subìto una ferita.

V. GHIRON.

Embolia della polmonare.

Giertz (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 152, pag. 98 (Discussione al 52° Congresso Tedesco di Chirurgia) nota che nella sua clinica vennero operati 4 casi di embolia della polmonare di cui due, operati da Crafoord, sopravvivono alla operazione. La tecnica seguìta è quella di Trendelenburg modificata da Meyer.

VALDONI.

TERAPIA.

Reumatismo articolare acuto e salicitato di sodio.

Per ottenere ottimi risultati nel reumatismo acuto con il trattamento salicilico, secondo Cortes (*Rev. Med. de Barcelona*, genn. 1929) la cura deve essere sempre fatta secondo date norme, e solo determinati ed eccezionali casi debbono essere trattati in modo diverso.

L'A. anzitutto crede che le dosi eccessivamente basse siano più che sufficienti, mentre quelle elevate sono del tutto inutili. Per poter però fissare la dose efficace per realizzare un buon trattamento, è necessario tenere in conto due fattori: *a*) tossicità del salicitato, *b*) rapidità di eliminazione.

a) La dose mortale di salicitato per il coniglio è di 1 gr. per ogni 2 kgr. di peso. L'uomo però è meno suscettibile a questa sostanza, ed infatti uomini di 60 kgr. tollerano benissimo 25-30 gr. di salicitato senza presentare alcun segno di intossicazione.

Probabilmente la tossicità dipende in gran parte dalla purezza del medicamento. Il salicitato sintetico è più tossico di quello ottenuto direttamente dal salice. Nei casi osservati dall'A., l'85 % degli infermi presentavano segni manifesti d'intolleranza, alle dosi di 10-12 gr. di solo salicitato, mentre se a questo era unita una dose doppia di bicarbonato, il 90 % degli infermi lo tolleravano benissimo.

L'A. ricorda il caso tipico di un infermo, nel quale era impossibile superare la dose di 2 gr. pro die di salicitato sodico, senza che subito sopraggiungessero i sintomi di intolleranza gastrica.

Fu deciso ciò nonostante di insistere nella somministrazione per os, unendo al salicitato una dose doppia di bicarbonato di sodio, e l'infermo senza alcun disturbo, giunse a tollerare benissimo 10 gr. di salicitato al giorno.

Buona regola, d'altra parte, è sempre di far ignorare all'infermo la quantità del medicamento che ingerisce, e così pure molto utile è il frazionamento della dose diaria totale e l'esclusione dei grassi dall'alimentazione per tutto il periodo del trattamento.

b) Per poter fissare la dose massima di salicitato da somministrare, bisogna tener presente la rapidità con la quale esso si elimina.

A questo scopo, l'A. ha fatto delle ricerche sistematiche somministrando ad individui con integrità renale assoluta, del salicitato di sodio puro cristallizzato, ricercandolo poi nelle urine e nel sangue. Egli ha osservato che il salicitato somministrato per via orale, alla dose di 1 gr. compare già nel sangue dopo 5 minuti, e dopo 3 ore dall'ingestione vi è ancora presente.

Nelle urine il salicitato compare dopo $1^1/_2$-2 ore dall'ingestione, ma dopo 7 ore non è più possibile metterlo in evidenza.

Tenendo presente poi le osservazioni fatte di recente da altri AA. circa la maggiore tolleranza del salicitato di sodio da parte di individui sottoposti contemporaneamente a trattamento tiroidinico, l'A. ha ripetuto le sue ricerche, anche in queste condizioni, ma non ha trovato nessuna differenza nella velocità di eliminazione del salicitato.

Quello invece che dalle ricerche dell'A. risulterebbe importante è che il passaggio del salicitato di sodio nel sangue è rapidissimo, ragione per cui, per ottenere un buon effetto

dalla cura, più che somministrare grandi dosi in dati momenti, occorre mantenere l'organismo costantemente irrigato da sangue contenente salicitato.

Per quanto riguarda la via di somministrazione, l'A. ritiene che la via boccale è quella che offre più vantaggi e minori inconvenienti. Ciò che infine ha grande interesse nel trattamento del reumatismo, è sapere per quanto tempo il trattamento va fatto.

Alcuni autori dicono di diminuire gradatamente la dose, non appena è passato il periodo acuto; Cortes invece continua a trattare i malati sempre con la stessa dose fino a 15 giorni dopo dalla remissione di tutti i sintomi, li lascia quindi in riposo per 15 giorni, e poi torna a somministrare salicitato per altri 15 giorni.

Allorchè il carattere recidivante della malattia può far temere la possibilità di un reumatismo evolutivo, con le sue terribili conseguenze endocarditiche, l'A. consiglia di fare la cura salicilica per tre mesi (15 giorni al mese) poi un periodo di riposo di 6 mesi, e poi di nuovo la cura per 3 mesi. La dose da somministrare non è necessario che superi i 4 gr., se però compaiono manifestazioni reumatiche, anche lievi, allora l'infermo va trattato come nei casi acuti.

A. POZZI.

Narcosi completa con la avertina.

Martin (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 152, p. 670) è riuscito ad ottenere una narcosi completa nel 96 % dei casi con la avertina somministrando oltre a questa la narcosina e la scopolamina.

La tecnica seguìta è: nel giorno precedente alla narcosi clistere di pulizia. Un'ora e un quarto prima dell'operazione somministra per via sottocutanea 3 ctgr. di narcosina e 1/4 di mmgr. di scopolamina. Mezz'ora prima della operazione somministrazione, per via rettale, della avertina. È di grande importanza un dosaggio esatto della avertina, in genere la dose oscilla tra 12 e 15 ctgr. per chilo di peso. La soluzione da iniettarsi è al 2,5 %. La quantità deve essere minore nei vecchi mentre i ragazzi sotto i 15 anni tollerano bene dosi forti.

I casi sommano a 429 fra cui 104 laparotomie. La narcosi dura 1 1/2-2 ore ed è seguìta da un lungo periodo di sopore.

VALDONI.

Sali di magnesio e tumori.

Delbet P. (*La Presse Méd.*, n. 93, 1928), basandosi sulle sue ricerche, pubblicate nel 1915 con Karajanopoulo, secondo cui il cloruro di magnesio al 10-12% aumenta l'attività dei globuli bianchi e su numerose prove dell'azione elettiva in alcune affezioni dell'epitelio ectodermico, ha voluto studiare l'azione di tutti i sali alogeni di magnesio (cloruro, bromuro, ioduro e fluoruro) sui tumori sperimentali innestati nei topi e nei ratti.

Su 4 epiteliomi di tipi differenti e su un sarcoma l'azione dei detti sali è stata di intensità variabile, ma nello stesso senso. Somministrando agli animali i predetti sali di magnesio gli epiteliomi si sono estinti e dopo uno o due passaggi gli innesti mancavano, specie negli stipiti di epiteliomi a più lenta evoluzione. Osservò anche negli animali trattati con i sali alogeni di magnesio che mancava la recidiva del tumore, prelevato per gli innesti successivi.

L'A., servendosi della tecnica di Kazaura per la determinazione degli epiteliomi sperimentali della cistifellea nei conigli, osservò che se questi animali erano trattati con i sali alogeni di magnesio le lesioni pericolecistitiche erano minime e che le proliferazioni dell'epitelio della cistifellea erano minime ed insignificanti.

Ha applicato questi risultati in clinica.

JURA.

Le proprietà terapeutiche dell'acetylcholine.

Villaret et Justin-Besançon (*Presse Méd.*, n. 38, 1928) espongono in questo articolo i risultati delle loro osservazioni su questo nuovo medicamento, che essi per primi, hanno introdotto in terapia, fin dal 1926.

Il cloridrato di acetylcholine si presenta sotto forma di una polvere bianca, molto avida di acqua. Per l'uso, è raccomandabile l'acetylcholine anidra, conservata in fiale mescolata a glucosio. La soluzione in acqua bidistillata deve essere fatta al momento di essere iniettata. La miglior via di introduzione nell'uomo, è la via sottocutanea o intramuscolare. L'iniezione è indolore, nè è accompagnata da alcuna reazione locale o generale. La quantità da iniettarsi è varia a seconda dei casi; la sua attività farmacodinamica è veramente formidabile: alla dose di 30 centesimi di milligrammo per kgr. iniettata in 5 secondi per via endovenosa in 2 cmc. di soluzione fisiologica, determina nel coniglio un abbassamento mortale della pressione arteriosa. Sull'utero isolato del coniglio, l'azione eccitomotrice dell'acetylcholine è 20 volte più forte della pituitrina o della pilocarpina.

Le indicazioni terapeutiche dell'acetylcholine sono numerose e dipendono in special modo dalla sua proprietà vasodilatatrice localizzata alle arterie e dal suo effetto sull'equilibrio vago-simpatico.

Particolarmente indicata sembra essere l'acetylcholine nella sindrome di Raynaud e nelle gangrene da arterite ed è infatti in queste forme che alla dose di 5 ctgr. il primo giorno e di 10 ctgr. nei giorni successivi, per il periodo di un mese, gli AA. hanno potuto constatare effetti veramente brillanti.

Nei casi di arterite stenosante, non sempre l'acetylcholine riesce a rendere nuovamente

pervia l'arteria obliterata, per quanto a volte ciò sia anche possibile, con dosi di 20 ctgr. il primo giorno e di 40 nei successivi, tuttavia però in questi casi sfortunati, gli AA. hanno potuto constatare la scomparsa della claudicazione intermittente e dei disturbi trofici, la diminuzione dei dolori, l'aumento dell'indice oscillometrico.

Nelle arteriti diabetiche, se il trattamento insulinico è unito a quello con l'acetylcholine, i risultati sono di gran lunga superiori, ed anzi gli AA. in un caso in cui il trattamento insulinico non aveva dato alcun miglioramento, videro scomparire i dolori e cicatrizzare rapidamente le ulcerazioni trofiche, con alcune iniezioni di acetylcholine.

Anche nell'ipertensione arteriosa l'acetylcholine può essere di grande utilità, sopratutto per quanto riguarda i fenomeni che accompagnano l'aumento della pressione: vertigini, ronzii alle orecchie, fenomeno del dito morto, ecc.; le cifre indicate dal manometro sembrano invece essere pochissimo influenzate.

L'acetylcholine infine è stata esperimentata nelle emottisi, negli stati colloidoclasici, nell'angina di petto, in alcuni disturbi del tono neuro-vegetativo.

La lista delle indicazioni quindi per il momento è ancora imprecisa, ma l'avvenire ne farà una discriminazione esatta. A. P.

Iposolfito di sodio e soluzioni ipertoniche di glucosio nell'avvelenamento acuto da sublimato.

E. Cenini (*Gazz. d. Osped. e d. Clin.*, 12 marzo 1929) riferisce un caso di avvelenamento acuto da sublimato in cui il trattamento con le soluzioni d'iposolfito di sodio e siero ipertonico glucosato per via endovenosa in breve mise fuori pericolo l'inferma.

Si trattava d'una giovane donna di 20 anni, la quale aveva ingerito due compresse di sublimato, in parte sciolte.

Dopo una immediata gastrolusi con pozione albuminosa e soluzione di iposolfito di sodio al 5 %, le furono iniettati nelle vene cmc. 10 di tiosolfato di sodio al 6 % e cmc. 40 di soluzione glucosata al 25 %; tale trattamento fu continuato nei giorni successivi, senza veruna reazione nè locale nè generale. La sollecita terapia prevenne le gravi lesioni renali, le quali solo in modo lieve comparvero in terza giornata, per scomparire in sesta giornata, e preservò la paz. dalle complicanze a carico del tubo gastroenterico.

Il tiosolfato di sodio, proposto dagli americani nei casi di avvelenamento, ha dato buoni risultati a diversi AA. (Ronchetti, Malerba, Meyer). Il tiosolfato agirebbe dando luogo a composti insolubili e quindi non tossici; col mercurio formerebbe tiosolfati doppi.

Le soluzioni ipertoniche glucosate furono suggerite per combattere l'anuria; il glucosio agirebbe eccitando l'epitelio renale e l'endotelio vasale dei capillari renali, e rendendo l'epitelio renale meno permeabile al passaggio dell'albumina (Cosentino, Lo Monaco).

Secondo Schifani agirebbe disidratando e declorurando la cellula renale, ed impedendo il rigonfiamento torbido, ed infine stimolando il potere antitossico dei vari organi, specie il fegato.

Partendo da tale concetto, l'A. ha applicato i due metodi terapeutici, ottenendo una rapida e completa disintossicazione. CARUSI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

All'abb. n. 418-4:

Una pubblicazione recente sulla cura delle varici con le iniezioni coagulanti di salicilato di sodio è quella di SICARD e GAUGIER nel n. 44 della *Presse Médicale*, anno 1926, dove sono esposti i particolari di tecnica e i risultati su numerosi casi. V. GHIRON.

VARIA.

Condizioni sanitarie della Costa d'Oro.

Il dott. W. D. Innes, direttore dei servizi medici della Costa d'Oro, ha esposto recentemente i progressi realizzati nella Colonia da quando, trenta anni or sono, era definita « la tomba dell'uomo bianco ».

Allora nelle città non v'erano fognature; l'acqua potabile era raccolta entro vasche e barili e pullulava d'insetti; mancava ogni specie di carni, eccetto i pesci ed i polli nani locali; non v'era una donna bianca in tutta la Colonia, e bisognava accudire alle faccende domestiche alla meglio; non v'erano palestre e campi sportivi; si viveva in stretto contatto con la popolazione indigena, carica di malattie trasmissibili.

Oggi sono state costruite magnifiche case e nei principali centri abitati sorgono quartieri europei; ad Accra e Sekondi vi sono perfino fabbriche di ghiaccio; si ottengono cibi di ogni specie. Nel 1908 si contavano già 18 donne bianche nella Colonia, comprese le suore e le missionarie; oggi, durante la stagione meno calda, superano il numero di 120.

Nel 1927 la mortalità raggiungeva la cifra enorme di 37,5 ‰ tra gli ufficiali e di 99,9 ‰ tra i non ufficiali, sebbene si trattasse di persone nel pieno vigore fisico; oggi si è ridotta a 5 e 8,85.

Contemporaneamente, sono migliorate anche le condizioni sanitarie degli indigeni.

Trenta anni or sono v'erano 14 medici e nessuna infermiera; oggi vi sono 41 ospedali e 38 dispensari. Il beri-beri è quasi scomparso, e così pure lo yaws; la malaria, la dissenteria, la tripanosomiasi ecc., sono in forte diminuzione.

(Dal *Journal A. M. A.*, 23 feb. 1929). O. F.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Il rinvio del Congresso di Palermo.

Non essendo ancora stati approvati e pubblicati gli Statuti dei Sindacati Nazionali inquadrati nella Confederazione Nazionale Professionisti ed Artisti, le superiori Gerarchie hanno fatto presente al Sindacato N. M. F. la necessità di rinviare il Congresso a dopo che gli Statuti saranno stati emanati.

In ottemperanza a tale disposizione il Segretario Nazionale rinvia il Congresso di Palermo a data da destinarsi.

Revisione degli Albi degli Ordini dei Sanitari.

In seguito all'avvenuta pubblicazione del nuovo Regolamento sugli Ordini delle professioni sanitarie, il Ministero dell'Interno ha impartito precise disposizioni ai Prefetti del Regno affinchè, allo scopo di accelerare la costituzione delle nuove Amministrazioni ordinarie degli Ordini, sia subito condotta a termine da parte delle Commissioni straordinarie la revisione degli attuali Albi professionali, prescritti dal Regio Decreto 26 aprile 1928, nonchè la formazione dei nuovi Albi nelle provincie istituite con Regio Decreto 2 gennaio 1927.

In tema di pubblicità medica.

La Commissione straordinaria dell'Ordine dei medici della provincia di Torino ha approvato il seguente Ordine del giorno:

« La Commissione, constatato che molte *réclames* di medici sono fatte sia in sedi non compatibili colla dignità ed il decoro della classe, sia con formule evidentemente ingannatrici della pubblica opinione, delibera che le *réclames* non possano essere pubblicate che sulla stampa periodica e su giornali di classe e debbano esclusivamente contenere: nome, cognome e titoli del medico, indirizzo, orario di visita e malattie curate, eventualmente lingue estere conosciute, esclusa ogni altra indicazione. Saranno applicati provvedimenti disciplinari contro gli inscritti che non si atterranno alle suddette deliberazioni.

Per gli orfani dei Medici morti in guerra.

Al segretario dell'Opera di Assistenza degli Orfani dei Medici morti in guerra, prof. Federigo Bocchetti, è giunta l'offerta di L. 1200, accompagnata da una lettera del prof. Prassitele Piccinini, in cui si dichiara che si tratta del ricavato della Mostra della stampa medica italiana alla fiera di Milano (12-27 aprile, VII) e si prende l'occasione per rinnovare i più profondi compiacimenti per l'Opera di bontà e di alto patriottismo svolta dal Comitato pro Orfani dei Medici caduti in guerra.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AOSTA. *Amministrazione Provinciale.* — Il termine utile per presentazione domande e documenti ai posti di Direttore Sezioni Medico-Micrografica e Chimica, è prorogato fino alle ore 18 del 31 maggio.

BERGAMO. *Opere Antitubercolari Bergamasche.* — Direttore del Sanatorio di Groppino (Piario); v. fasc. 20. Scad. 31 mag.

BERTONICO (*Milano*). — Scad. 31 mag.; L. 11.500 riducibili di L. 25 e di L. 30 mensili; L. 3500 cavallo; 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

BOLOGNA. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Imola; L. 14.000 e 5 quadrienni dec., c.-v., diritti accessori. Scad. ore 12 del 30 giu.

BORGOMARO (*Imperia*). — Per le fraz. Aurigo e Conio; L. 9000; scad. 9 giu.

CHIETI. *Amministraz. Provinc.* — Direttore della Sez. Med.-Micr. del Labor. d'Ig. e Profil.; L. 16.000 e 4 quadrienni di L. 1000 oltre L. 3000 serv. att., 25 % proventi ricerche e analisi. Scad. 15 giu.

CITTADELLA (*Padova*). — Scad. 31 mag.; reparto B; L. 8500 e 5 quadrienni dec., c.-v., L. 3000 cavallo; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

FERMO (*Ascoli Piceno*). — *Congregazione di Carità.* — Direttore Sanitario dell'Ospedale. Stip. L. 12.000 con 3 aumen. biennali del ventesimo per servizi precedenti, 10 aumen. biennali. Caroviveri. Indenn. alloggio L. 2400. Quattro anni di pratica ospit. o in cliniche. Tassa concorso lire 50,10. Scadenza 10 giugno. Per chiarim. rivolgersi Congreg. di Carità.

GORIZIA. *Ammin. Provinciale.* — Assistente alla Sezione Medico-Micrografica del Laborat. Provinc. di Igiene e Profilassi; stip. L. 10.000 più L. 2000 serv. attivo e caro-viveri. Il termine per la presentazione delle domande è prorogato a tutto giugno. Per informazioni rivolgersi Segreteria.

GORIZIA. *Cassa Circondariale di Malattia.* — Medico generico per circoscrizione Gradisca-Farra-Sagrado; 2 anni di ospedale o il doppio di pratica privata; è consentito l'esercizio libero. Chied. annunzio. Scad. 31 mag.

LECCE. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanitario nei Comuni di Casarano, Matino, Novoli, Trepuzzi e Tricase. Per titoli ed esame. Scadenza termine presentazione domande locale R. Prefettura ore 18 del 28 giugno.

MAPELLO (*Bergamo*). — Con Ambivere; scad. 31 mag.; L. 8000 oltre L. 2000 trasp., L. 600 uff. san., L. 500 ambul., 1 c.-v.

MERCATO SARACENO (*Forlì*). — Scad. 17 giu., ore 18; 2° reparto; L. 10.000 e 5 quadrienni ventesimo, oltre L. 3000 cav.; tassa L. 50,10; età lim. 40 a.

MONTEPULCIANO (*Siena*). — 1ª condotta del capoluogo; a tutto 10 giu.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 6 mag.; L. 7500 e 6 quadrienni dec., c.-v.

OSIMO (*Ancona*). — Scad. 7 giu.; 2 cond.; lire 8000 e L. 8500; 10 bienni ventes.; altri compensi; età lim. 34 a.; tassa L. 50; doc. a 6 mesi dal 7 mag.

PIACENZA. *R. Prefettura.* — Ufficiale Sanitario e Medico Capo del Comune di Piacenza. Il termine per la presentazione delle domande (Stipend. annuo L. 17.000, oltre indenn. di carica ed aumenti) è prorogato al 15 giugno.

ROCCASPINALVETI (*Chieti*). — Scad. 10 giugno; L. 8700 per 500 pov., addizion. L. 5; 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.

ROCCASTRADA (*Grosseto*). — Al 30 giu.; L. 9000; tassa L. 50.

ROMAGNANO SESIA (*Novara*). — Scad. 31 mag.; L. 7000 e 10 bienni ventes.; c.-v. se ammogliato; L. 150 ambulat.; L. 750 uff. san.; tassa L. 50,15.

SAN CIPIRELLO (*Palermo*). — Scad. 15 giu.; lire 9000 e 5 quinquenni dec.; addizion. L. 3 sopra i 1000 pov.; uff. san. L. 500; tassa L. 50,15.

S. MARIA TIBERINA (*Perugia*). — Per Lippiano; a tutto 20 giu.; v. fasc. 20.

SARONNO (*Varese*). — Ufficiale Sanitario. Per titoli ed esame. Stipendio iniziale L. 16.000 annue al lordo di R. M. e del contrib. Cassa Pens. dei Sanitari, con diritto a cinque aumen. quadrien. del decimo. Indenn. servizio attivo L. 4000 al lordo di R. M. non valutabile per la pensione. È vietato prestare servizio presso altri Enti morali e Pubblici ed è inibito il libero servizio professionale. Scadenza 30 giugno 1929.

SASSOFERRATO (*Ancona*). — Condotta chirurgica; a tutto 15 giu.; età lim. 40 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 30 apr.; L. 8000 e 5 quadrienni dec.; cavalc. fornita dal Comune soltanto per i poveri.

SULMONA. *Casa Santa dell'Annunziata.* — Aiuto di chirurgia nell'Ospedale Civile; v. fasc. 20. Scad. 10 giu.

TARANTO. *Consorzio Sanit. Antituberc.* — Direttore sanit.; L. 18.000 oltre L. 6000 serv. att., 5 quadrienni dec. Scad. 8 giu.

TORINO. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanitario e capo dell'Ufficio d'Igiene della Città di Torino. Per titoli ed esame. Stipendio iniziale L. 30.000. Supplemen. di servizio attivo L. 6500, compartecipazione ai compensi dovuti da privati nell'esclusivo loro interesse. Le domande vanno presentate alla R. Prefettura entro il 10 luglio p. v.

TORINO. — *Società Reale Mutua di Assicurazioni.* — Sono in corso di formazione i quadri dei Medici Fiduciari, per l'esame medico degli Assicurandi Vita in tutti i Comuni del Regno. Vedi fasc. 20.

VARESE. — Ufficiale Sanitario-Capo Ufficio Igiene. Per titoli ed esame. Stipend. L. 18.000, con 5 aumen. quadr. del decimo. Assegno serv. attivo L. 3000, oltre indenn. spese trasporto lire 1500 per motocicl. o L. 3500 per automobile. Inibito serviz. lib. professione. Domande, documenti e ricevuta tassa L. 50,10 al Protocollo del Comune entro il 15 giugno. Per ulteriori chiarim. rivolgersi locale Segreteria Municipale.

VIOLA (*Cuneo*). — Scad. 5 giug.; L. 10.000 oltre L. 500 se uff. san.; età lim. 45 a.

VITTORIO VENETO. *Ospedale Civile.* — Medico primario; scad. 8 giu.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; stip. L. 7500 suscettibile di aumento e c.-v.

VOLANO (*Trento*). — Scad. 31 mag.; L. 8500 e 4 quadrienni dec., c.-v.; L. 850 uff. san., quartiere in natura o indenn. L. 1400; tassa L. 50,10.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

Municipio di Genova.

È aperto un concorso pubblico per esami e per titoli a due posti di assistente presso il Laboratorio Chimico del Reparto di Igiene e Sanità.

Per l'ammissione al concorso è necessario presentare alla Segreteria Municipale, entro le ore 17 del 31 luglio 1929 la domanda in carta bollata da L. 2, corredata dei seguenti documenti debitamente legalizzati:

1) Atto di nascita, da cui risulti che il concorrente non abbia superato l'età di anni 35 alla data di chiusura del concorso. Sono esentati dal limite di età:

a) gli aiuti e assistenti della facoltà di Chimica e delle Scuole di Chimica e Farmacia presso le Università e gli Istituti di istruzione superiori;

b) coloro che alla data del bando del concorso prestino servizio presso laboratori d'igiene e di profilassi, dipendenti dallo Stato o da altri enti pubblici, in base a regolare nomina, conseguita per effetto di pubblico concorso;

c) coloro che alla data del presente avviso di concorso prestino ininterrotto servizio, anche per effetto d'incarico provvisorio, da almeno tre anni presso laboratori d'igiene e di profilassi dipendenti dallo Stato o da altri enti pubblici;

2) Certificato di cittadinanza italiana;

3) Certificato di non aver subito condanne penali per i titoli indicati nell'art. 25 del testo unico della legge comunale e provinciale, approvato con R. Decreto 4 febbraio 1915, n. 148, salvo che la condanna sia stata seguita da riabilitazione o da amnistia;

4) Certificato di buona condotta morale e politica;

5) Diploma di abilitazione all'esercizio della professione di chimico, o diploma di laurea in chimica e farmacia, in chimica, od in chimica industriale conseguito entro il 31 dicembre 1924, e conseguito entro il 31 dicembre 1925 da coloro che si trovassero nella condizione prevista dall'articolo 6 del R. Decreto 31 dicembre 1923, n. 2909.

I diplomi anzidetti dovranno essere esibiti in originale od in copia notarile.

6) Certificato di aver adempiuto agli obblighi di leva;

7) Certificato di sana e robusta costituzione e di idoneità fisica allo esercizio della carica.

I certificati di cui ai numeri 2, 3, 4 e 7 debbono essere di data non anteriore a tre mesi a quella dell'apertura del concorso.

I concorrenti saranno sottoposti a visita sanitaria di controllo da eseguirsi dall'Ufficiale sanitario del Comune di Genova.

Ogni concorrente allegherà alla domanda i titoli scientifici e di carriera che crederà utile nel proprio interesse di produrre, descrivendoli

in un elenco in due originali, dei quali uno rimarrà unito agli atti ed il secondo gli sarà restituito con dichiarazione di ricevuta.

La domanda dovrà portare l'indicazione del preciso recapito del concorrente.

Il programma e le norme per gli esami sono quelli stabiliti dal Ministero dell'Interno con disposizioni del 9 maggio 1927.

Per la graduatoria saranno applicate le norme stabilite dalla legge 21 agosto 1921, n. 3312, purchè le menomazioni fisiche provenienti da cause di guerra non siano di ostacolo alle mansioni di servizio, e le disposizioni del R. Decreto 24 settembre 1923, n. 2073, a favore degli ex combattenti.

La nomina verrà fatta in via di esperimento per due anni dalla effettiva assunzione in servizio, a termini del vigente Regolamento Generale degli Uffici e del Personale.

I nominati dovranno assumere le funzioni entro quindici giorni dalla partecipazione della nomina, in difetto di che saranno considerati dimissionari, salvo il caso di legittimo impedimento debitamente comprovato.

L'accettazione del posto implica da parte degli eletti l'impegno di assumere tutti gli obblighi sanciti dalle disposizioni legislative e regolamentari dello Stato, dal vigente Regolamento degli Uffici e del Personale del Comune e dalle disposizioni del regolamento per i laboratori provinciali e comunali di igiene e di profilassi approvato con Regio Decreto 16 gennaio 1927, numero 155, nonchè da tutte quelle modificazioni che alle leggi e regolamenti potessero essere apportate in avvenire.

L'eletto dovrà fissare la sua residenza nel Comune di Genova.

Al nominato è fatto espresso divieto di attendere alla libera pratica professionale o ad occupazioni affini.

I concorrenti non eletti non potranno elevare diritti o pretese di sorta verso la civica Amministrazione.

Lo stipendio iniziale è fissato in L. 14.000 annue lorde di ritenuta per imposte dello Stato e, per la pensione con dieci aumenti biennali da L. 450 oltre un'indennità di caro-viveri nella misura corrisposta agli altri dipendenti del Comune.

Il concorrente prescelto sarà inscritto alla Cassa di Previdenza per le pensioni a favore degli impiegati del Comune.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Garbagnate Milanese.

I medici dell' Ufficio Internazionale del Lavoro al Sanatorio di Garbagnate.

S. E. il Podestà De Capitani d'Arzago, accogliendo lo spirito delle direttive impartite dal Governo di S. E. Mussolini, nell'intento di mantenere a Milano un primato morale oltre al suo primato industriale, volle che i medici dell'Ufficio Internazionale del Lavoro visitassero l'Ospedale Sanatorio Vittorio Emanuele III di Garbagnate, proprietà del Comune di Milano.

Essi giunsero accompagnati da S. E. il Podestà, dal comm. Alfieri, dal prof. Tron dell'Ufficio d'Igiene, dal prof. Cazzoni del Bureau internationale de Génève, dal prof. Tommasi Crudeli della Direzione Generale di Sanità, dal medico provinciale prof. Pampana e dal presidente dell'Ordine dei Medici, prof. Baslini. Furono ricevuti dal direttore comm. Polastri, dall'ispettore dott. Stroppa, e dal primario prof. M. Redaelli.

Il prof. Redaelli fu guida sapiente nella visita e lumeggiò la particolare efficienza dei servizi, il lusso e la grandiosità dei mezzi offerti ai ricoverati, affinchè abbiano l'aria, la luce, gli agi spirituali che, tanto assecondano le cure mediche. I visitatori furono ammirati per l'organizzazione che nella vastità delle proporzioni mantiene una perfetta rispondenza. Dal padiglione maschile passarono al padiglione femminile aperto solo da pochi mesi: quindi visitarono la chiesa monumentale che sorge tra i due padiglioni in modo che essi sembrano le sue braccia aperte ai lati.

Si trattennero a lungo nei laboratori, nei refettori, nelle cucine dove il fuoco ha ceduto l'onore alla corrente elettrica, nelle lavanderie a vapore, in modo d'avere una visione compiuta di questo eremo nel quale sotto il silenzio e la solitudine bruisce una vita che per la sua intensità dolorante mette a duro cimento ogni resistenza.

Prima di partire i visitatori ebbero in omaggio le pubblicazioni accurate in occasione della sesta conferenza dell'Unione Internazionale contro la tubercolosi: La lutte contre la tubercolose dans la ville et dans la province de Milan, le Memorie Mediche, dei Primari e degli Assistenti del Sanatorio e la monografia del dott. Stroppa che descrive in ogni particolare l'Ospedale Sanatorio Vittorio Emanuele III di Garbagnate.

I visitatori prima di partire, nell'esprimere il loro entusiasmo dettero un cordiale saluto beneaugurante per la lotta che ha già tanti strenui sostenitori e non ha diminuito ancora il numero delle vittime.

I medici dell' Ufficio Internazionale del Lavoro a Legnano.

Il Gruppo Internazionale medico dei delegati del Bureau Internationale du travail, dopo la visita al Sanatorio di Garbagnate, si recò alle officine Tensi di Milano e nel pomeriggio al cotonificio Cantoni.

Accolti ed accompagnati dal Gr. Uff. Ing. Carlo Jucher ebbero modo di ammirare nei reparti di Castellanza e di Legnano la produttività industriale in tutti i particolari e l'applicazione delle norme igieniche del lavoro.

A Legnano essi visitarono le case operaie, le scuole interne, gli ambulatori, i campi sportivi, gli spacci alimentari che il Cotonificio Cantoni gestisce da anni a profitto dei suoi operai.

Passarono poi a visitare il Sanatorio « Elena di Savoia », sorto per gli sforzi concordi della massa operaia e degli industriali nel 1924.

Furono ricevuti dal Podestà comm. Vignati, dal segretario politico Bonafede e dalle autorità guidati dal presidente gr. uff. Jucher e dal direttore prof. Mario Redaelli; ebbero parole di elogio per il magnifico Istituto, tanto da giudicarlo un modello del genere.

Gli ospiti poi presero visione di una grandiosa films cinematografica che illustra le previdenze sociali del Cotonificio Cantoni, (colonie termali, montane, marine, squadre ginnastiche, campi sportivi, scuole all'aperto) e le operazioni chirurgiche che si praticano nel Sanatorio.

La solidarietà negli intenti rese fraterno il saluto di commiato. REDAELLI.

NOTIZIE DIVERSE.

Società Italiana di Anatomia.

Sono state gettate le basi di una Società italiana di Anatomia. Hanno già aderito alla iniziativa quasi tutti i cultori italiani di Anatomia umana, Anatomia comparata, Istologia, Embriologia, Antropologia e Anatomia veterinaria.

La Società si propone d'indire riunioni annuali nelle differenti Sedi Universitarie Italiane.

Il primo convegno avverrà nel prossimo ottobre ed agli aderenti sarà a suo tempo inviato l'invito particolareggiato.

La Società sorge per ravvivare in Italia gli studi Anatomici. Essa accoglierà, oltre ai Titolari, agli Aiuti ed agli Assistenti delle Cattedre universitarie del Regno, anche tutti coloro che, iniziati agli studi negli Istituti anatomici, hanno poi emigrato nei vari rami applicati ed affini, restando tuttavia affezionati alle origini e tutt'ora interessandosi di problemi anatomici. E però si invitano tutti i cultori italiani di anatomia, che non avessero ricevuto l'invito o ad esso non avessero ancora risposto, d'inviare al più presto la loro adesione al prof. E. Luna, direttore dell'Istituto di Anatomia della R. Università di Palermo.

Settimana Internazionale della Luce Terapeutica.
(Parigi 22-27 luglio).

Il segretario per l'Italia prof. Ceresole (Ospedale Civile - Venezia) comunica: Le iscrizioni si ricevono presso il dott. Dufestel, 150-bis Boulevard Pereire, Paris XVII, al quale dovrà essere inviata la quota di franchi francesi cento.

I membri delle famiglie dei congressisti pagando una quota di franchi francesi 50, sono considerati membri associati con tutti i diritti dei membri effettivi salvo quelli di prender parte alle discussioni e di ricevere gli atti del Congresso.

I titoli delle comunicazioni e un breve riassunto dovranno esser spediti quanto prima allo stesso dott. Dufestel.

Le ferrovie francesi hanno concesso ai congressisti una riduzione del 50 % e le italiane del 30 %.

Si raccomanda di inviare le iscrizioni il più presto possibile a fine di poter ricevere in tempo la tessera e i documenti per le riduzioni ferroviarie.

Congresso internazionale dell'aviazione sanitaria.

Si è svolto a Parigi dal 15 al 20 maggio. Ha chiuso i suoi lavori approvando alcune proposte per l'incremento dell'aviazione sanitaria. È stato nominato un Comitato permanente per organizzare il prossimo Congresso; a presidente è stato nominato il prof. Richet; a vice-presidente il dott. Di Nola, delegato dell'Italia.

Congresso internazionale per le piante medicinali ed affini.

Il III Congresso Internazionale fra i Paesi europei, interessati alla coltivazione ed al commercio delle piante medicinali aromatiche ed affini, si svolgerà a Padova, in occasione della XI Fiera Campionaria, nei giorni 15-18 giugno.

Il Congresso è stato promosso dai seguenti Enti: Città di Venezia e di Padova, Ente Nazionale per le Piccole industrie; Ente Autonomo della Fiera di Padova; Istituto Veneto per le piccole Industrie e per il Lavoro di Venezia; Confederazione generale fascista dell'Industria italiana; Confederazione nazionale fascista degli Agricoltori; Consigli provinciali dell'Economia di Venezia, di Padova e di Vicenza.

Durante il Congresso, in ottemperanza al II Congresso di Budapest del 1928, si procederà alla definitiva costituzione della « Federazione Internazionale per l'incremento dell'Erboristeria delle piante medicinali aromatiche ed affini ».

Unione internazionale di soccorso.

Il Comitato Internazionale della Croce Rossa e la Lega della Società di Croce Rossa hanno unitamente indirizzato una circolare a tutte le Croci Rosse richiamando l'attenzione sul testo delle conclusioni votate dalla XIII Conferenza Internazionale della Croce Rossa all'Aja durante la seduta del 25 ottobre.

La Circolare reca la lista di quegli Stati che hanno firmato la Convenzione del 12 luglio 1927 e invita le Croci Rosse a comunicare ai rispettivi Governi il desiderio della Conferenza di vederli prendere senza indugio le misure necessarie per l'andata in vigore della Convenzione.

Gli organismi internazionali della Croce Rossa chiedono analogamente alle Associazioni nazionali di volerli informare, all'atto in cui faranno l'inventario delle loro risorse e dei loro mezzi di azione, del risultato di questi studi, affinchè essi possano, alla loro volta, far valere nel giusto punto lo sforzo già compiuto dalle singole Associazioni in tale senso.

Lega delle Società di Croce Rossa.

Il 5 maggio corr., la Lega delle Società di Croce Rossa ha celebrato il X anniversario della sua fondazione e, per l'occasione, pubblicherà un numero speciale della rivista « Vers la Santé ».

La Croce Rossa Americana consacrerà un intero numero del « Red Cross Courier » all'avve-

nimento, cui anche le altre Croci Rosse daranno uno speciale rilievo.

La Rivista della Croce Rossa Italiana ha preso accordi con il Segretario della Lega per cooperare alla celebrazione di questo importante anniversario.

Conferenza inglese per la tutela della maternità e dell'infanzia.

Dal 2 al 4 luglio si terrà a Londra la 5ª Conferenza dei popoli di lingua inglese per la tutela della maternità e dell'infanzia, sotto gli auspici della « National Association for the Prevention of Infant Mortality » (Carnegie House, Piccadilly 117, Londra).

Il nuovo Istituto di Clinica medica a Milano.

Il nuovo istituto di Clinica medica di Milano, che ha sede nel padiglione « Coniugi Sacco » annesso all'Ospedale Maggiore, posto in via Francesco Sforza 35, venne inaugurato il 12 maggio.

Il sen. Baldo Rossi esaltò il valore di questa opera la quale, disse, se è di vantaggio alla scienza, è anche di grande utilità per la pubblica salute.

Il prof. Zoia fece poi una precisa cronistoria della Clinica, dalla sua fondazione; ricordò la munificenza dei coniugi Sacco per la donazione di quattro milioni, soffermandosi a dire dell'opera fattiva svolta dal compianto senatore Mangiagalli per avere una sede più degna dell'importante istituto, e ringraziando poi il senatore Baldo Rossi per la sua preziosa collaborazione affinchè il progetto diventasse un fatto concreto.

Dopo la cerimonia l'on. Starace e altre personalità, fecero una visita alle sale della nuova sede la quale possiede veramente tutti i requisiti di un istituto d'alta cultura.

Il problema ospedaliero a Verona.

Il vecchio Ospedale di Verona, edificato nella prima metà del secolo scorso, non tardò a rivelarsi insufficiente e disadatto appena la popolazione di Verona raggiunse i 100.000 abitanti. Per far fronte ai bisogni immediati e nella impossibilità di allargarlo, fu giocoforza acconciarsi al ripiego del frazionamento. Sorse prima in Borgo Trento, per la munificentissima elargizione di benemeriti cittadini, l'Ospedale Infantile Alessandri; poi nella Villa dei Conti Miniscalchi al Chievo, generosamente offerta dalla nobile proprietaria, fu istituito il Reparto maschile malati di petto; infine a tre chilometri di distanza fu impiantata la Lavanderia.

Quando con l'unione a Verona dei vari comuni foresi la popolazione salì a centocinquantamila abitanti, la situazione divenne insostenibile.

Fu allora che i preposti all'Amministrazione Ospedaliera decisero di risolvere il problema in modo radicale, costruendo l'Ospedale *ex novo*.

L'area prescelta fu quella annessa all'Ospedale Infantile: una superficie di 140.000 metri quadrati di cui metà già in proprietà dell'Amministrazione Ospedaliera, in posizione saluberrima, vicinissima alla città, allacciata a Verona attraverso il grandioso Ponte della Vittoria che si può dire già compiuto. Quest'area sarà più che sufficiente anche se in avvenire l'Ospedale dovesse contenere mille letti.

Il sistema adotatto è quello dell'Ospedale a padiglioni, che permette di creare ogni edificio con le caratteristiche più svariate, con autonomia dei servizi. Sarà una nuova realizzazione fascista.

Donazioni e lasciti.

Il dott. cav. uff. Passerini, morto a Torino il 15 aprile u. s., ha lasciato all'Ospedale Maggiore di Milano, oltre il suo ritratto ad olio, destinato alla quadreria ospitaliera, la somma di L. 50.000.

Nuovo centro di assistenza materna a Milano.

Un Istituto per bambini di madri operaie fu inaugurato in Milano, a via Porpora, come filiazione diretta dell'Opera Nazionale protezione Maternità ed Infanzia, coll'intervento dell'on. avv. Sileno Fabbri e di molte autorità, compreso il Medico Capo provinciale comm. Pampana, e il prof. Cattaneo, clinico pediatra, il dott. Guizzon, direttore del Consorzio Antitubercolare, e il dottor Albertini, capo del Servizio di Igiene Scolastica.

Il nuovo « Centro d'assistenza » si inquadra con altre istituzioni congeneri già esistenti in Milano per il ricovero dei bambini di operaie.

Nell'O. N. Maternità e Infanzia.

L'on. Blanc, R. Commissario dell'Opera Nazionale pro Maternità e Infanzia, ha riunito a Gran Rapporto in una sala di Palazzo Valentini, concessa dall'Amministrazione provinciale, i presidenti delle 92 Federazioni provinciali dell'Opera. L'on. Blanc, dopo avere ricordato le finalità dell'istituzione fascista e il grave onere finanziario che in quest'anno si è assunto il Regime per attuarle, ha dato le più opportune direttive a ciascuno dei presidenti; e mostrando conoscenza perfetta dei bisogni assistenziali di ogni provincia, li ha incitati a perseverare con fede nell'azione finora svolta, sempre più perfezionandola per farla meglio aderire alle necessità locali. Parole di speciale compiacimento ha avuto per le Federazioni che dimostrarono di avere più utili iniziative e che meglio intesero lo spirito della legge.

Fra le più attive ha ricordato le Federazioni di Venezia, Milano, Torino, Roma, Napoli, Modena, Reggio Emilia, Verona, ecc.

Egli ha infine insistito per la più stretta e cordiale collaborazione con i Fasci Femminili, ed ha ancora una volta raccomandato di condurre prontamente a termine il lavoro per la ruralizzazione degli Istituti di assistenza, per la particolare efficacia che questo provvedimento può avere sulla più sana educazione dei fanciulli e sulle sorti future del Paese.

Per i bambini predisposti alla tubercolosi nella provincia di Roma.

Il Consorzio Provinciale Antitubercolare di Roma, presieduto dall'on. Umberto Ricci, Commissario Straordinario per la Provincia, allo scopo di coordinare le attività assistenziali in materia di colonie marine e montane, ha stabilito di erogare a favore della Federazione dell'Urbe la somma di L. 300.000 per le cure dei bambini predisposti alla tubercolosi.

Le domande per l'ammissione alle colonie di bambini predisposti si ricevono alla Federazione dell'Urbe corredate dai seguenti documenti: certificato di nascita, certificato di povertà e certificato medico dichiarante la non esistenza di affezioni contagiose e la predisposizione alla tubercolosi.

Per le Colonie giovanili.

In seguito alle note disposizioni emanate dall'on. Turati pel coordinamento e l'organizzazione delle colonie estive a mezzo dei Fasci femminili nella imminente stagione, anche l'Opera Nazionale per la protezione della maternità ed infanzia ha voluto contribuire da parte sua a rendere più intensa e larga l'assistenza a favore della fanciullezza italiana. Coerentemente però alle proprie direttive, già seguite fin dallo scorso anno, secondo le quali essa pratica largamente la profilassi antitubercolare, ha messo a disposizione del partito mille posti per altrettanti Balilla e Piccole Italiane da tenere in cura per un periodo di almeno tre mesi in apposite colonie permanenti.

Volendo inoltre concorrere alla patriottica iniziativa presa dai Fasci all'Estero, che accoglieranno quest'anno in Patria parecchie migliaia di figli di connazionali residenti all'estero, come già fecero nel decorso anno, l'Opera Nazionale si è assunta anche la cura di trecento di tali fanciulli nelle colonie permanenti, per un eguale periodo di tre mesi.

Regolamento per le Infermiere della Croce Rossa Italiana.

È di questi giorni la pubblicazione del Regolamento Generale per le Infermiere della Croce Rossa Italiana.

Le principali disposizioni sono le seguenti:

« La Presidenza Generale può nominare una Delegata presso tale ufficio. La Delegata dovrà essere chiamata a partecipare con voto consultivo in seno al Comitato Centrale, alla trattazione degli affari interessanti l'organizzazione ed il servizio delle Infermiere.

« Sono istituiti Ispettorati delle infermiere presso i Comitati o Sottocomitati ove a giudizio del Presidente Generale si richieda tale ufficio. L'Ispettorato sarà istituito di diritto dove esistano Scuole Convitto e Scuole Infermiere Volontarie funzionanti regolarmente.

« Presso ogni Comitato ed ogni Sottocomitato dell'Associazione, il Presidente Generale dell'Associazione, su proposta del Presidente locale, sentito il Prefetto della Provincia, nomina una Ispettrice.

« Le Ispettrici e le Vice-Ispettrici dei Comitati e dei Sottocomitati nominate a norma dell'art. 10 sono scelte tra le Infermiere Volontarie. Ad esse fa capo a senso dell'art. 14 tutto il servizio delle dipendenti Infermiere, che disciplinano e sorvegliano, seguendo le direttive stabilite dalla Presidenza. Le ispettrici dovranno partecipare con voto consultivo alle riunioni dei Comitati locali, per la trattazione degli affari interessanti la organizzazione ed il servizio delle Infermiere ».

Corso di perfezionamento a Strasburgo.

Presso la Facoltà medica di Strasburgo avrà luogo, dal 24 al 30 giugno, un corso di perfezionamento sulla radio-diagnosi della tubercolosi polmonare e delle malattie delle vie aeree; tassa 300 franchi; il numero delle iscrizioni è limitato a 15. Iscrizioni presso il Dr. E. Vaucher, quai Finkwiller 8, Strasbourg, Francia.

Per la lotta contro il cancro.

Il 16 maggio, all'Istituto nazionale fascista di cultura, alla presenza di un folto uditorio, il prof. Pietro Gallenga segretario generale della Lega italiana per la lotta contro il cancro, ha illustrato l'opera svolta in Italia dal Governo e dalla Lega stessa per organizzare la lotta contro i tumori maligni.

La riuscitissima conferenza è stata completata dalla proiezione di un interessante film appositamente creato per la diffusione delle cognizioni sulla natura e le sedi dei tumori maligni e sui mezzi idonei a combatterli.

Alla conferenza erano presenti i senatori Lustig, Barzilai, il generale G. Douhet, il prof. Levi e molte altre personalità del mondo scientifico e politico.

Sui problemi dell'alimentazione.

Con l'alta approvazione del Capo del Governo, il Consiglio Nazionale delle Ricerche ha organizzato, in tutta Italia, un ciclo di conferenze sui problemi dell'alimentazione.

La prima fra quelle tenute a Roma, ebbe luogo il 16 maggio nell'Aula Magna dell'Università. Oratore fu il prof. Visco Sabato, che trattò il tema: l'alimento con cereali e legumi.

Sulla nevrastenia.

Al Circolo marchigiano di Roma, davanti a un pubblico imponente, il prof. Giovanni Mingazzini ha tenuto una conferenza sulla nevrastenia.

I fenomeni fisiologici e psichici prodotti dalla nevrastenia sono stati descritti, e le cause che conducono alla malattia sono state elencate e dimostrate. L'uomo moderno, e spesso la donna, con effetti ancor più dolorosi — ha detto lo scienziato illustre — esercita un'attività superiore alle proprie forze. Le bevande alcooliche, la caffeina, i narcotici in genere e le purghe, in modo singolare, rovinano l'organismo umano, il meccanismo funzionale della nutrizione e quindi ogni possibilità di produrre in modo normale intellettualmente e materialmente. L'uomo non più giovane che non è addetto ad un lavoro materiale come quello dell'agricoltore o del fabbro, deve ridurre al minimo, quando non può abolirlo, l'uso del vino, del tabacco, del caffè, dei piaceri sessuali.

Politica demografica.

Al V Congresso Nazionale del Rotary italiano, svoltosi a Napoli, venne preso ampiamente in esame il problema demografico; relatori il sen. Silvestri, l'avv. Sileno Fabbri e il prof. Rocco Jemma.

Incendi di ospedali.

Un incendio terrificante è scoppiato il 15 maggio in un ospedale di Cleveland (Stati Uniti). Il disastro prese origine nel sottosuolo del gabinetto radiologico, ove erano accumulati molti rotoli di pellicole che s'infiammarono, pare, a causa di una perdita di vapore per riscaldamento. Il calore fece scoppiare parecchie bombole di ossigeno, e questo alimentò la combustione, per modo che l'incendio divampò quasi all'improvviso in proporzioni imponenti. Al tempo stesso, si originarono in gran copia — non è bene spiegato come — dei gas tossici micidiali, simili al fosgene.

L'opera di soccorso, oltremodo difficile, venne prestata con straordinaria alacrità ed attraverso molti atti di eroismo.

Secondo le ultime notizie, le vittime — tra quelle prodotte dal fuoco e quelle ascrivibili all'avvelenamento — salgono a circa 150.

Tra di esse sono 7 medici e la moglie di un medico addetta all'ospedale.

Il noto chirurgo G. W. Crile volle dare il suo sangue per salvare un collega, dott. J. Philips; ma l'atto generoso fu inutile.

***

Un violentissimo incendio ha quasi interamente distrutto il grandioso manicomio dello Stato di New Jersey, ricoverante circa 4000 alienati; malgrado il panico e le scene di terrore e di furore, non si sono deplorate vittime, grazie all'alacrità dei pompieri accorsi ed al sangue freddo del personale. I danni sono valutati ad un milione di dollari.

***

L'ospedale di Bruck an der Mur (Stiria) si è incendiato a causa dell'esplosione di un serbatoio di benzina, avvenuta mentre un operaio stava travasandolo. I pompieri, subito accorsi, domarono rapidamente le fiamme.

***

La notte del 15 maggio si è manifestato un incendio nell'Ospedale civile di Mirandola (Modena), provocato da un corto circuito. Il fuoco venne spento prontamente, dal personale e da militi; i danni non sono stati gravi; nessun incidente si è verificato alle persone.

Per festeggiare un trentennio di laurea.

Continuando una simpatica consuetudine che rinsalda affettuosi vincoli collegiali, i medici laureati presso la R. Università di Pavia nell'anno 1899, sono invitati a trovarsi a Pavia il giorno 16 giugno (domenica), alle ore 11,30; punto di ritrovo l'ingresso principale dell'Università.

La colazione sarà alle ore 12,30, in locale e con quota da indicarsi. Nel pomeriggio gita alle Terme di Salice, dirette dal dott. cav. E. Diviani (laureato a Pavia: 1899).

Pregasi mandare urgentemente l'adesione al prof. cav. O. Bellotti, via Spiga, 48 - Milano.

Nel secondo centenario di Lazzaro Spallanzani.

Il Comune di Reggio Emilia ha pubblicato un primo volume che porta per titolo « Onoranze a Lazzaro Spallanzani nel II Centenario della nascita », 12 gennaio 1929. Questo volume di X-460 pagine, in ricca veste, con 8 figure, contiene uno studio in 9 capitoli dovuto al prof. Giacomo Pighini in cui vengono esposti i viaggi e le escursioni scientifiche di Lazzaro Spallanzani, con documenti inediti e illustrazioni. Altro scritto è del prof. Angelo Menozzi, « Lazzaro Spallanzani e gli albori della fisiologia vegetale ». Segue Ugo Pratolongo, che parla di « Spallanzani iniziatore della chimica enzimatica ». Chiude il volume un minuto elenco (10 pagine) dei Manoscritti di Lazzaro Spallanzani posseduti dalla Biblioteca Municipale di Reggio Emilia.

A questo primo volume ha fatto seguito un fascicolo contenente i testi dei discorsi pronunciati, in occasione delle onoranze svoltesi a Reggio Emilia e Scandiano, dal prof. M. L. Patrizi e dal prof. Edoardo Zavattari, e quelli tenuti alla Reale Accademia di Scienze, Lettere ed Arti di Modena dai proff. A. Donaggio e A. Béguinot. Questo secondo volumetto contiene inoltre due lettere inedite dello Spallanzani, che erano in possesso dell'on. sen. prof. Pietro Albertoni, a lui donate dal vecchio editore Nicola Zanichelli e che ora l'on. Albertoni ha donato al Museo Spallanzani. Queste lettere riguardano la riproduzione delle anguille.

Contiene pure una lettera di S. E. il Ministro on. prof. Belluzzo, dalla quale si apprende che sono state accolte tutte le proposte fatte dal Comitato per le onoranze, fra cui la pubblicazione di tutte le opere edite ed inedite di Lazzaro Spallanzani in una Edizione Nazionale. Sarà il più bel monumento eretto al grande naturalista.

Commemorazione del prof. Ugo Mariotti.

A cura del Comitato Romano contro la Tubercolosi è stato commemorato in Roma il compianto prof. Ugo Mariotti. La cerimonia si è svolta il 12 maggio, trigesimo della morte, nella sede della Colonia Diurna in Villa Umberto I, già diretta dal Mariotti. L'orazione commemorativa venne pronunziata dal presidente del Comitato, prof. V. Ascoli, che lumeggiò quella nobile figura di apostolo del bene.

Un errore di numerazione in Copertina

è stato rilevato da alcuni nostri abbonati, i quali ci hanno avvisato di aver ricevuto, nella prima settimana del corrente maggio, una seconda copia del numero 17 (29 aprile) della Sezione Pratica, anzichè del numero 18 (6 maggio).

Fatte le opportune indagini in tipografia, si è appurato che ad alcune copie della copertina del fascicolo 18, per dimenticanza del correttore, restarono, infatti, le indicazioni (data e numero) del precedente fascicolo 17.

L'errore dunque è soltanto sulla copertina ed è rimasto limitato a poche centinaia di copie.

Quegli abbonati cui è capitato uno di tali esemplari, sono pregati di correggerlo e di accettare le nostre scuse per l'involontario incidente.

L'AMMINISTRAZIONE.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Deut. Med. Woch., 26 apr. — NEUHAUS. Sviluppo e ricambio. — BRÜHL. Reaz. Zondek-Aschheim nella gravid.

Ann. di Oftalmol. e Cl. Oc., mar. — CALDERARO. Possibilità di guarig. dell'oftalmite simpatica senza enucleaz. dell'occhio traumatizzato. — LARICCHIA. Produzione endorbitaria a microgomme. — SABA. Alterazioni oculari nelle anemie perniciosiformi postmalariche.

Arch. p. le Sc. Med., mar. — G. DOMINICI. Determinaz quantitativa del ferro nelle feci in condiz. norm. e patolog.

Pediatria, 1 mag. — F. MORABITO. Vaccinoterapia per via intradermica nella pertosse.

Rev. Méd. Suisse Rom., 25 apr. — N. SPÜHLER. L'avvenire dei bambini affetti da mongolismo.

Tunisie Méd., feb. — CUENOD e R. NATAF. Ossificazione del vitreo.

Journal A. M. A., 13 apr. — W. C. ALVAREZ. Come le emozioni possono influire sul sist. digerente. — C. D. CREEVY. La piressia nel nefroma maligno (ipernefroma). — A. WINKESTEIN. Escrez. del rosso neutro nell'achilia gastrica.

Acta dermato-venereol., feb. — T. M. VOGFLSANG. Polmonite interstiziale luetica. — B. HANUSOWICZ. Trattam. della psoriasi col glucosio.

Tubercolosi, mar. — G. MACCHIORO. Prova tubercolino-emoclasica nei tubercolotici. — A. RABINO. Emogenia acquisita tbc.

Ann. de Méd., mar. — P. TEISSIER e al. Saggio d'interpretaz. della vaccinoterapia specifica. — M. LABBÉ e F. NEPVEUX. Glicoregolazione negli epato-pazienti.

Brit. Med. Journ., 27 apr. — J. S. FAIRBAIRN. I sedativi nel parto. — S. C. DYKE. Sulla diagn. e terapia del diab. — P. WEBER. Iper- e iposplenismo e splenectomia.

Presse Méd., 27 apr. — J.-A. SICARD e A. LICHTWITZ. Compito del derma nel trattam. delle algie viscerali.

Giorn. di Batter. e Immunol., apr. — R. VEGNI. Chemioterapia dell'infezione maltese. — S. SAITTA. Comportam. della Br. melitensis e della Br. abortus. — P. GIANI. Sulla filtrabilità del batterio del tifo. — N. SETTE. Proprietà antigene nel liquido cistico filtrato per candela.

Arch. Ital. di Urol., gen. — T. LUCRI. Le grosse cisti del rene a contenuto ematico ed a manifestazione ematurica. — R. RINALDI. Riflessi addominali della calcolosi urin. — N. CARRARO. Sinfisi renale unilaterale.

Chirurgia degli Org. d. Movim., apr. — A. ZAFFAGNINI. Osteomielite ac. del pube. — E. PONZI. Tbc. della scapola. — A. BERTOCCHI. Innesti dell'apparato rotuleo fissato.

Arch. di Ortop., I. — A. LAVERMINOCCA. Etiologia della scoliosi. — A. ALBANESE. Sublussazioni congenite dell'anca. — G. CIAPRINI. Lesioni dei menischi del ginocchio.

Paris Méd., 27 apr. — M. VAUTHEY. Accidenti epatici dell'arsenoterapia. — RAGAIN. Trattam. del tracoma con l'alta frequenza.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 apr. — L. MORENAS e J. DECHAUME. Emicrania afasica e monoplegica. — H. THIERS. Cloro ematico e rachideo nelle ritenzioni clorurate delle nefriti.

Riv. It. di Ginecol., apr. — G. MADRUZZA. I lipocromi in gravidanza. — M. FLORIS. Placenta marginata. — S. SCAGLIONE. Demenze post-laparotomiche. — L. BACIALLI. Trasmissione attrav. la placenta del virus tubercolare. — L. MAGNANI. Funzionalità epatica nei tumori dell'utero e dell'ovaio.

Ann. de l'Institut Pasteur, apr. — G. SANARELLI e G. PERGHER. Patogenesi delle spirochetosi itterogene. — M. WEINBERG e J. BAROTTE. Sieri antigangrenosi monovalenti.

Rivista Terapia Med. e Med. Pratica, Milano, maggio 1929. — La Stampa Medica Italiana. — Giornata Medica di Milano e Mostra Stampa Med. Ital. — Iconografia Med. Italiana.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVI — Roma, 3 Giugno 1929 — Num. 22

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Patol. Speciale Medica della R. Un. di Siena
Direttore: Prof. CARLO GAMNA.

Contributo alla conoscenza ed alla patogenesi dell'ittero regionale

per il dott. GIULIO CORBINI, aiuto volontario.

Ad ogni medico è dato osservare in alcuni ammalati la presenza di una tinta itterica localizzata alle sclere, mentre la pelle ne è assolutamente priva. Tale comportamento, che si osserva nei casi iniziali di ittero ed in quelli nei quali la causa determinante è fugace o di lieve entità, può interpetrarsi come dovuto ad un semplice fenomeno di contrasto determinato dall'abnorme colorito della sclera, normalmente bianca, in confronto di quello dell'iride.

Di fronte a questa ipotesi un'altra può subito essere affacciata, se cioè il pigmento biliare abbia una maggiore affinità per il tessuto sclerale, di modo che questo sia il solo punto del corpo ove l'ittero è obbiettivabile e ciò appunto nei casi lievi e fugaci.

Quest'ultima ipotesi trova un valido argomento per la sua propugnazione nel fatto ormai noto che alcuni tessuti non assumono il pigmento biliare anche nei casi di ittero grave, quali ad es. il tessuto cartilagineo e quello nervoso: si potrebbe perciò ammettere che la sclera abbia al contrario una particolare affinità per tale pigmento, per cui sarebbe la prima ad esserne impregnata. Forse ambedue le ipotesi enunciate si assommano nella produzione di questo fenomeno, che è del resto così banale, da non meritare di soffermarvisi più oltre, poichè esulerebbe anche dai fini di questa nota.

Ma se è facile osservare nella pratica clinica casi di ittero localizzato, o per lo meno soltanto obbiettivabile in corrispondenza delle sclere, è altrettanto rara la constatazione di un vero e proprio ittero regionale, interessante cioè soltanto uno o più segmenti dello stesso tessuto, la pelle.

Umber e Rosemberg hanno qualche tempo fa descritto 5 casi di questa particolare varietà, nei quali la distribuzione dell'ittero era quanto mai strana. In 3 casi osservati infatti l'ittero era localizzato o per lo meno molto più evidente nella metà superiore del corpo:

nel quarto, l'ittero era visibile nella parte superiore del corpo; il quinto caso, il più interessante, riguardava un caso di ittero apprezzabile soltanto nelle sclere e negli arti inferiori. Umber e Rosemberg concludevano in base alle loro osservazioni che l'affinità della pelle per la bilirubina non è uguale nei vari segmenti del corpo; che in generale è la parte superiore che per prima lo assume e che tale differente comportamento è probabilmente dovuto ad influssi nervosi a punto di partenza in speciali centri trofoneurotici, che influenzerebbero il potere di assorbimento per i pigmenti circolanti da parte dei tessuti. Recentemente Kovacs riferisce di avere da molto tempo posto una particolare attenzione sulla distribuzione dell'ittero in genere, il quale, secondo l'A., si diffonderebbe costantemente secondo determinate regole, e cioè comparirebbe dapprima nelle sclere, poi nella testa e nel collo, quindi nella parte superiore del torace e nelle braccia, dipoi nella parte inferiore del torace, in seguito nelle coscie, ed infine nelle estremità distali degli arti; anche nell'ittero in régressione si avrebbe una differente e non graduale scomparsa della caratteristica colorazione nei vari segmenti della pelle. Tale comportamento, osservato presso a poco con le stesse caratteristiche anche in un caso di argirosi, avverrebbe sempre secondo una determinata regola; l'A. conclude di non aver mai osservato un vero e proprio ittero regionale inteso nel senso stretto della parola, ma ammette che nell'ittero iniziale si può avere l'apparenza di una forma regionale, data la diversa affinità dei tessuti per il pigmento biliare.

Recentemente Bienenfeld rivendica a Schick e Meierhofer la priorità dell'osservazione sulla distribuzione dell'ittero: tali AA. avevano infatti precedentemente reso noto che nell'ittero dei neonati la diffusione della caratteristica colorazione si svolge secondo determinate regole, che sono press'a poco uguali a quelle riferite da Kovacs; la colorazione itterica si diffonderebbe sempre dal centro verso la periferia, rimanendo per prime colorate le parti più vicine al centro circolatorio (Meyerhofer).

Da quando mi occupo della questione, ho anch'io sottoposto ad attento esame tutti i casi di ittero che ho potuto osservare ed i risultati di tali osservazioni concordano perfettamente con quanto avevano osservato precedentemente gli AA. suddetti, che cioè, nell'insorgenza dell'ittero, la pelle è da prima pigmentata in genere nella metà superiore del corpo, quindi nella parte inferiore e negli arti e che nella regressione dell'ittero si assiste al fenomeno inverso. Ho avuto occasione di osservare negli ultimi anni tre casi di ittero svoltisi con particolari modalità che credo di un certo interesse: eccone in breve i dati relativi.

CASO I. — L. Emilio, di anni 40, colono, da Colle d'Elsa.

Anamnesi ereditaria e collaterale negative: nella prima infanzia soffrì di morbillo e di scarlattina. Durante l'ultima guerra contrasse malaria dapprima e poliartrite reumatica poi, che residuò una cardiopatia mitralica. Ottto anni dopo ebbe i primi disturbi cardiaci e poco dopo i primi segni dello scompenso. Da allora ha avuto periodi di alternativo benessere e di ricadute. Venti giorni prima di essere ricoverato in clinica, ha subìto un nuovo peggioramento nelle condizioni generali e soprattutto ha notato la presenza di edemi agli arti inferiori; da qualche giorno accusa un vivo dolore a carattere puntorio in corrispondenza dell'emitorace posteriore sinistro, la tosse si è fatta stizzosa con espettorato piuttosto abbondante ed emorragico; è comparsa anche modica febbre a carattere continuo-remittente. Da qualche giorno si è accorto di un colorito itterico delle sclere e che l'orina, scarsissima, ha assunto un colorito giallo-brunastro.

Al suo ingresso in Clinica (23-1-1928) si rileva: dispnea piuttosto intensa (40 al m.); sulle sclere, sulla cute della faccia, del collo, del torace anteriore e posteriore, si nota un'evidente tinta itterica che va degradando verso l'addome fino a scomparire del tutto in corrispondenza della radice delle due coscie: la cute dei due arti inferiori è pallida ed in corrispondenza di essi si notano edemi cospicui, che per le loro caratteristiche rivelano un'insorgenza remota. In corrispondenza della base posteriore del polmone sinistro si rileva una marcata ipofonesi con aumento del fremito vocale e, all'ascoltazione respiro aspro e numerosi crepitii inspiratori; qualche rantolo si ascolta alla base di destra. Al cuore rumore di soffio sistolico alla punta e secondo tono sdoppiato sui focolai della base; polso piccolo, ritmico, frequenza 140 al m. Il fegato deborda 3 dita trasverse dall'arco: la milza si avverte appena nelle profonde inspirazioni. Nelle orine, scarsissime, si nota la presenza di albumina (1,50 ‰) e di pigmenti biliari: il sedimento contiene rari cilindri granulosi e ialini e rari leucociti. Nel sangue leucocitosi di modico grado (11,200 per millmc.) di tipo neutrofilo (81 %). Reazioni di Wassermann, Hecht, Meinicke, negative.

La bilirubina nel siero di sangue risultò positiva a reazione diretta fino a 1:40.000. Espettorato piuttosto abbondante, emorragico; la temperatura fu subfebbrile nei primi giorni e tornò alla norma nei successivi.

Le condizioni del paziente rimasero stazionarie nei giorni successivi: solo la colorazione itterica della faccia, delle sclere, e del torace andò gradatamente aumentando ed il giorno 30 fu visibile anche una leggera tinta itterica nella cute dell'addome.

Furono applicati due cerotti cantaridati, uno sulla cute del petto, l'altro su quella di una coscia e contemporaneamente fu prelevato del sangue; la determinazione della bilirubina risultò po-

sitiva a 1:25.000 nel siero di sangue, 1:35.000 nel liquido della vescicola del torace, 1:30.000 in quello della coscia.

Il malato fu poco dopo trasportato al proprio domicilio; all'uscita dalla Clinica (2-8-1928) la tinta itterica era marcatamente intensa nella faccia e nel collo, diminuendo d'intensità in corrispondenza dell'addome, del dorso e degli arti inferiori: appena accennata nella faccia anteriore e superiore delle coscie; più in basso la cute era assolutamente scolorata.

CASO II. — P. Vespasiano, falegname, da Chiusure, di anni 62.

Nulla di notevole nei precedenti ereditari e nel gentilizio. Contrasse malaria all'età di 22 anni e pleurite a 32; è da tempo strenuo bevitore di vino.

La malattia attuale risale, almeno a detta del paziente, a circa tre mesi fa, nella quale epoca cominciò a notare un certo senso di facile stanchezza e di ambascia nel respiro durante il cammino, senso di peso e di tensione dell'addome e di un leggero edema perimalleolare che interveniva alla sera, mentre era del tutto scomparso al mattino successivo. Da circa 15 giorni ha notato un certo aumento della circonferenza dell'addome. Tre giorni prima del suo ingresso in clinica, si è svegliato improvvisamente alla notte, in preda a dispnea intensa e ad oppressione toracica, senza altri particolari caratteri; tale attacco, durato circa mezz'ora, si è ripresentato, con gli stessi caratteri, nelle due notti successive.

Al suo ingresso in clinica (20-5-1928) si notano spiccati edemi agli arti inferiori: colorito subitterico delle sclere: cute e mucose visibili pallide.

Nulla si nota a carico dell'apparato respiratorio. La punta del cuore batte al quinto spazio sulla linea emiclaveare; area cardiaca in limiti: toni cardiaci cupi su tutti i focolai, polso piccolo, ritmico, 84 pul., Pmx 160, Pmn 70. Addome espanso, con cicatrice ombelicale appianata: sulla cute di esso si disegna un sottile reticolo venoso. Con la percussione si rileva la presenza di una cospicua quantità di liquido completamente libero nel cavo addominale. Nulla di notevole nelle orine, all'infuori della presenza di urobilina. L'esame del sangue rivela una modica anemia (3.560.000) e leggera leucopenia (4900) con modico aumento di linfociti (28 %). R. W. negativa nel siero di sangue.

Nei giorni successivi il colorito subitterico delle sclere si fece più manifesto, mentre cominciò ad accennarsi sulla cute della faccia, del collo, ed in quella del torace, una lieve tinta itterica che si diffuse nei due giorni successivi anche a quella dell'addome, aumentando d'intensità nelle parti suddette: gli arti inferiori erano invece completamente scolorati. Il giorno 26 il dosaggio della bilirubina nel siero di sangue dava reazione positiva diretta 1:45.000, nel liquido della vescicola ottenuta mediante impiastro cantaridato applicato sulla cute del petto 1:75.000, e in quello della coscia, 1:70.000.

Dopo circa dieci giorni la tinta itterica cominciò a degradare fino a scomparire in breve tempo: negli arti inferiori essa non fu mai visibile.

Il terzo caso riguarda un giovane di 34 anni, G. Luigi, che non fu potuto studiare dal lato clinico, poichè venne a morte poco dopo il suo ingresso in clinica. Nell'anamnesi remota risultava un reumatismo poliarticolare sofferto qualche anno prima, dal quale era residuato un vizio mitralico. Il paziente fu ricoverato in clinica con il quadro classico dello scompenso del cuore destro e, come ho detto, venne a morte poco dopo. Tralascio le note obiettive presentate dal malato e riassumo in breve il protocollo d'autopsia.

« Non si apre il cranio: edemi degli arti inferiori, del pene, dello scroto. Le sclere, la faccia, il collo, il torace, presentano un'intensa colorazione itterica, che va degradando verso la cute dell'addome: nelle coscie e nelle gambe, il colorito della pelle è soltanto leggermente itterico; idrotorace bilaterale, specialmente a destra. Cuore globoso, punta fatta dal ventricolo destro; ventricolo sinistro non ipertrofico: stenosi completa della mitrale: passa appena una sonda attraverso l'orificio. Calcificazione dei pizzi valvolari; orecchietta sinistra dilatata e ipertrofica: valvole aortiche integre, dilatazione e ipertrofia del ventricolo destro: dilatazione dell'orecchietta destra, trombosi dell'auricola destra. Polmone destro compresso e rigido: induramento bruno; polmonite fibrinosa del lobo inferiore in epatizzazione rossa. Infarti multipli emorragici nel polmone sinistro, lobo inferiore. *Milza* globosa, dura, da stasi cronica; cicatrici da infarti. Reni e fegato da stasi. Catarro gastrico cronico ».

Furono prelevati dal cadavere alcuni pezzetti di pelle del collo, del petto e delle coscie.

Si tratta quindi di tre ammalati nei quali il comportamento dell'ittero era molto atipico, data appunto l'assenza o per lo meno la differenza marcata dell'ittero stesso nelle varie regioni della pelle. Specialmente il primo ed il terzo caso non potevano riportarsi ad una di quelle forme in cui la diffusione dell'ittero a tutto il corpo non ha luogo di manifestarsi completamente per il cessare della causa che lo produce: soprattutto la durata e l'intensità del colorito itterico in alcune parti in contrasto con il colorito normale di altre, facevano escludere tale ipotesi; doveva perciò esistere una causa che avesse inibito, o almeno che ritardasse notevolmente la diffusione dell'ittero stesso.

L'essere comune ai tre casi la presenza di edemi localizzati agli arti inferiori, cioè nei punti nei quali la pelle non era, almeno visibilmente, colorata, mi mise il dubbio che potesse esistere un qualche rapporto tra la presenza dell'edema e la mancata comparsa dell'ittero.

A questo scopo istituii alcune esperienze, cercando nel campo sperimentale di riprodurre quelle stesse condizioni che avevo vedute occorrere nei casi clinici osservati.

Perciò applicai a quattro conigli un laccio di gomma alla base di un orecchio per qualche giorno, togliendo ed applicando di nuovo ed alternativamente il laccio stesso, in modo da ottenere un edema durevole e cercando di evitare lesioni vasali tali da ostaco-

lare permanentemente la circolazione. Dopo qualche giorno di tale trattamento, praticai ad ognuno dei conigli in esperimento l'allacciatura del condotto coledoco, allo scopo di provocare ittero da riassorbimento. I fatti che ho osservato successivamente nei conigli così trattati possono essere così riassunti: dopo uno-due giorni in genere compariva un ittero visibile nelle sclere e bilirubinuria: la diffusione della tinta itterica avvenne sempre soltanto dopo tre, quattro giorni alla pelle del corpo; soprattutto essa ritardò a comparire nell'orecchio edematoso rispetto all'altro: non ho potuto osservare l'ulteriore comportamento, perchè i conigli non sopravvivono a lungo dopo la chiusura del coledoco. Risultava ad ogni modo da questi esperimenti che gli edemi ostacolano la comparsa dell'ittero.

Uno dei punti sui quali intendo soffermarmi è quello che riguarda il contenuto in bilirubina nella pelle itterica ed in quella non itterica, in rapporto con quella del sangue, e del metodo di cui mi son servito per la dimostrazione. In uno dei casi clinici descritti, ho potuto osservare istologicamente alcuni pezzetti di pelle prelevati dal cadavere in vari punti del corpo ed ho potuto constatare che esisteva una notevole differenza nella quantità di pigmento nelle parti superiori del corpo in confronto di quelle inferiori. Negli altri due casi che ho potuto seguire, sono ricorso al cosiddetto metodo della vescicola che consiste nell'applicare un cerotto cantaridato sulla cute e nella determinazione della bilirubina contenuta nel liquido ottenutone, secondo il metodo di Haselhorst e confrontando i valori con quelli ottenuti dal dosaggio della bilirubina nel siero di sangue con lo stesso metodo.

Sul valore di questo metodo, escogitato per saggiare il grado di imbibizione della pelle da parte di una determinata sostanza (nel caso particolare il pigmento biliare), è sorta recentemente una polemica, sollevata da Umber e Rosemberg, i quali, avendo trovato nei loro casi di ittero regionale un contenuto in bilirubina uguale nel sangue e nel liquido ottenuto da un cerotto cantaridato applicato sulla pelle, concludevano con il negare ogni valore a tale metodo.

Poco dopo la nota di Umber e Rosemberg, Scherk e Gänsslen, quasi contemporaneamente rendevano noti alcuni casi di ittero nella grande maggioranza in regressione, nei quali il contenuto in bilirubina del sangue era quasi sempre superiore, raramente uguale, mai inferiore, a quello dei liquidi della vescicola della pelle e concludevano che il metodo, pur non offrendo una sicura garanzia di esattezza, può tuttavia dare un certo criterio per stabilire il grado di impregnazione dei tessuti per parte del pigmento biliare.

Ho voluto perciò ricercare in qualche caso di ittero di svariata natura il contenuto in bilirubina del sangue e del liquido della vescicola, ottenuto mediante applicazione di cerotto cantaridato sulla pelle itterica e mi risulta che, sia l'ittero in formazione od in regressione, il sangue non ha mai un contenuto in bilirubina inferiore a quello del liquido della vescicola, ma quasi costantemente superiore. Mi sembra però che il metodo non serva esattamente allo scopo prefisso, poichè il cataplasma cantaridato estrae dal tessuto non già il liquido cellulare, ma bensì quello circolante negli spazi interstiziali.

Nei due casi di ittero regionale nei quali ho saggiato questo metodo, ho trovato che il contenuto del sangue in bilirubina era superiore a quello del liquido delle vescicole e che il liquido della vescicola della coscia (non itterica) aveva nei due casi un contenuto leggermente superiore di quello della vescicola del petto (itterica). Per la leggera differenza da un lato e, d'altra parte, per la malsicura esattezza del metodo, non posso addivenire a conclusioni concrete: può darsi però che tale comportamento possa spiegarsi ammettendo che il liquido ottenuto dalla cute non itterica contenga realmente una maggiore quantità di pigmento e ne contenga in più quel tanto che non è stato fissato dal tessuto cutaneo.

Dopo quanto ho esposto non posso ammettere, almeno per quello che riguarda i miei casi, l'esistenza di un vero e proprio ittero regionale, e tanto meno parlare di una diversa affinità della pelle nei vari punti del corpo. Chè, se i vari tessuti hanno realmente diversa affinità per il pigmento biliare, dipendente certamente dalla costituzione anatomica e dalle proprietà fisio-biologiche degli elementi cellulari che li costituiscono, non mi sembra logico pensare che tale regola possa valere per uno stesso tessuto. L'apparente maggiore o minore affinità della pelle per il pigmento biliare, trova invece una più logica spiegazione ammettendo che l'ittero si manifesti dapprima nelle parti più vicine al centro circolatorio, in quelle cioè nelle quali la circolazione è più attiva, ipotesi questa avvalorata dalla osservazione clinica sulla distribuzione dell'ittero.

Concludendo, i casi di ittero che si presentano come quelli descritti, non sono che apparentemente regionali, inquantochè l'edema

non costituisce che un ostacolo per l'assorbimento della bilirubina in quelle parti di pelle che l'assumono di regola più tardi delle altre: il meccanismo per il quale l'edema ostacola la fissazione del pigmento biliare alla pelle; non è certo facile ad interpetrarsi: probabilmente, sia l'edema, sia le cause che lo producono e che sono attualmente oggetto di numerose ed interessanti ricerche, si assommano nella determinazione del fenomeno « ittero regionale ».

BIBLIOGRAFIA.

BIENENFELD. Wien. Klin. Woch., 1928, n. 45.
GANSSLEN. Deut. Med. Woch., 1928, n. 20.
KOVACS. Wien. Klin. Woch., 1928, n. 42.
MEIERHOFER. Citato da BIENENFELD.
SCHERK. Deut. Med. Woch., 1928, n. 12.
SCHICK. Citato da BIENENFELD.
UMBER e ROSEMBERG. Deut. Med. Woch., 1928, n. 3.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Istituto di Anatomia Patologica della R. Un. di Parma
Direttore: Prof. P. GUIZZETTI.

Divisione Chirurgica dell'Ospedale Maggiore di Parma
Primario: Prof. E. GARBARINI.

Stenosi gastrica da colecistite calcolosa

per il dott. ETTORE PONZI,
assistente effettivo dell'Ospedale.

I quadri clinici che possono venire offerti dalla calcolosi biliare sono veramente molteplici e se pure nella maggioranza dei casi la malattia si palesa con quegli elementi semeiologici precisi e sicuri che ne rendono facile la diagnosi, possono, pur tuttavia, nella pratica presentarsi forme di tale affezione dove i segni classici sono attutiti o scomparsi o ad essi, ancora, altri si sono sovrapposti.

In questa varietà di stati morbosi credo che rientri il caso che intendo segnalare: esso presenta interesse non soltanto per le alterazioni anatomiche che si sono riscontrate, già di per sè stesse rare, bensì, e piuttosto, per la sintomatologia variata a tal punto da condurre ad un errore diagnostico.

Eccone in breve la storia:

M. D., di anni 66, massaia, da S. Ilario d'Enza veniva ricoverata d'urgenza l'11-10-1928 nell'Ospedale di Parma per ernia crurale s. strozzata, comparsa qualche ora prima in seguito a conati di vomito ed irriducibile ai taxis ripetuti.

Dalla cartella clinica si rileva, per il gentilizio, che il padre è morto in tarda età per cardiopatia, la madre è morta a 60 anni in seguito ad una broncopolmonite ed una sorella è deceduta nell'Ospizio della Maternità dopo essere stata operata per un tumore maligno dell'utero.

Nell'anamnesi personale, non vi è alcuna entità morbosa importante fino all'attuale. Ha avuto 18 gravidanze di cui due terminate con aborti. Dei 16 figli nati 9 sono morti nell'infanzia per malattie imprecisate, 2 in seguito ad infortuni ed un altro in guerra; i rimanenti 4 sono viventi e sani. Ha trascorso la sua vita tra i lavori dei campi e della casa ed è sempre stata parca mangiatrice e modica bevitrice.

Nel 1923, a 60 anni, dopo un periodo di astenia durato qualche settimana e non meglio definito, incominciò ad avvertire dei dolori all'epigastrio che comparivano bruscamente dopo l'ingestione dei cibi, più spesso di sera, e poi cessavano all'improvviso. Se talvolta divennero più intensi, mai, però, si esacerbarono al punto da assumere la violenza di una colica. Si prolungavano dapprima per qualche ora, ma poi ebbero una durata maggiore, fin anche di giorni. Sempre si alternarono con periodi di benessere anche lunghi e nello scorso anno tali dolori si presentarono con l'intervento di 3 o 4 mesi l'una volta dall'altra, perdurando al massimo per due giorni. Mai, durante questo tempo, ebbe vomito o nausee, nè comparve itterizia o febbre e mai notò modificazioni nell'aspetto delle feci o delle urine.

Nel marzo del passato anno fu costretta per una settimana al letto da una febbre che perdurò elevata alcuni giorni, per poi estinguersi e che il medico condotto ritenne dovuta ad una forma d'influenza.

Nel mese successivo, qualche ora dopo un pasto piuttosto abbondante, ritornata dai campi dove aveva lavorato, comparve vomito: era scuro e schiumoso, costituito dai frammenti dei cibi ingeriti e da muco e non era accompagnato da dolori. Si ripetè nei giorni successivi e la donna fu costretta ad una dieta essenziale liquida. Perdurando tale quadro sintomatico a cui si associarono nausee ed eruttazioni e che era causa di notevole dimagrimento, l'inferma per consiglio del medico curante ricorse ad uno specialista.

Questi, in base anche all'esame del succo gastrico e col controllo radiologico, ritenne trattarsi di una neoplasia gastrica stenosante e giudicando troppo rischioso un intervento chirurgico, dato il grave stato di deperimento che presentava l'inferma, si limitò a prescrivere una cura sintomatica.

I vomiti pur diminuendo di frequenza non cessarono e fu appunto in conseguenza di essi che si produsse lo strozzamento erniario per cui fu ricoverata in Ospedale.

L'erniotomia venne eseguita d'urgenza: l'ansa intestinale, erniata attraverso l'anello crurale s., manifestava già i segni della stasi; però la circolazione e la tonicità ripresero rapidamente dopo lo sbrigliamento e la riduzione di essa non presentò difficoltà.

L'ammalata già fortemente debilitata continuò nei giorni seguenti ad essere tormentata dal vomito; agli esami ripetuti dell'addome questo si presentò sempre normale per forma e per volume, indolore e cedevole ovunque, fuorchè all'epigastrio dove con la palpazione, un po' a destra

della linea xifo-ombelicale si apprezzava una massa rotondeggiante, dura, scarsamente mobile negli atti respiratori, a limiti poco netti.

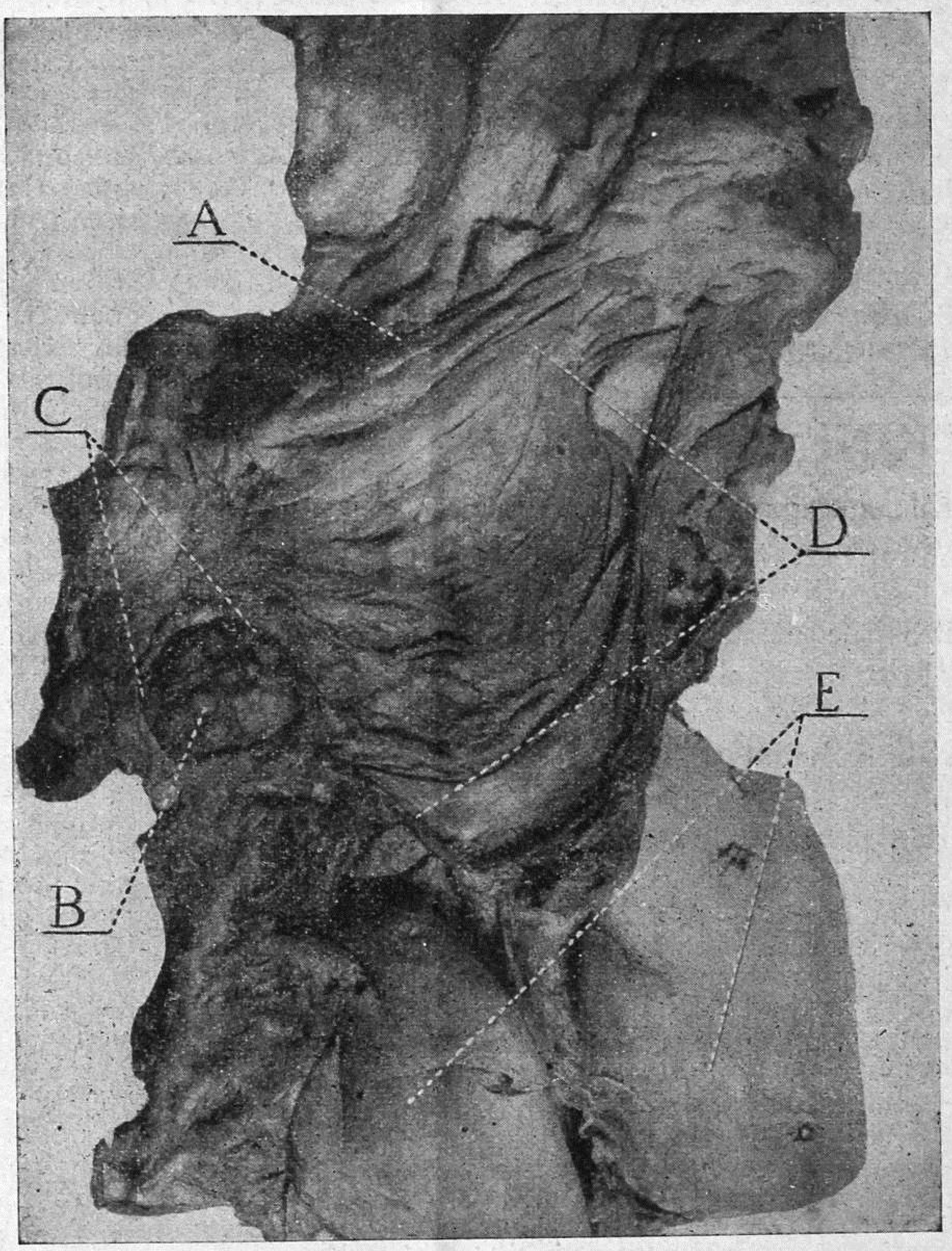
Il suo stato andò successivamente aggravandosi e decedette per shock il 15-11-1928.

Si ritenne opportuno provvedere all'autopsia ed il reperto nosologico è il seguente:

(Autopsia N. 26.524 dell'Istituto di Anat. Patologica). — Cadavere alquanto denutrito, con struttura scheletrica regolare. Nella regione inguino-crurale s.: ferita chirurgica recente. La testa non fu aperta.

screta quantità. Diametro vert. cm. 9. Diametro trasv. cm. 11. Non esistono insufficienze, nè stenosi. Spessori: ventricolo d. mm. 4; ventricolo s. mm. 15; setto mm. 18. Il miocardio ha un colorito bruno giallastro ed è molle. L'endocardio è tinto in un colore rosso-vinoso per imbibizione sanguigna. L'endocardio e le coronarie appaiono normali.

Addome. — Lo *stomaco* è fortemente ectasico e la sua regione pilorica si trova stirata verso d. ed aderente alla faccia inferiore del fegato. Aperto, la mucosa appare abbondantemente coperta



A=piloro; *B*=calcolo; *C*=lacinia della cistifellea; *D*=duodeno; *E*=faccia inf. del fegato.

Collo e torace. — *Esofago* tinto da diffusione sanguigna. *Trachea* spalmata da muco schiumoso, con mucosa rosea. Il *polmone* d. è adeso tenacemente all'apice ed alla base; il parenchima è ben aereato ovunque ed è pallido, fuorchè alla base dove si nota un modico grado di congestione ed uno spiccato grado di edema. Il *polmone* s. è libero e la sua pleura è ovunque perfettamente normale; il suo parenchima ha complessivamente lo stesso aspetto notato per il polmone d. I bronchi di ambo i lati contengono del muco schiumoso e la loro mucosa è rosea. I vasi sono normali. Le ghiandole linfatiche antracotiche. *Aorta toracica e pericardio*: regolari. Il cuore è floscio, il grasso subepicardico appare in di-

da muco ed è, inoltre, qua e là sollevata da bolle d'enfisema. Il piloro è pervio, ma alquanto ristretto; in corrispondenza di esso la sierosa appare inspessita e tutta la regione pilorica appare imbrigliata da numerose aderenze con la faccia inferiore del fegato. Anche il *duodeno* è per tutto il suo primo tratto adeso a detta faccia del fegato ed in modo tale che non è possibile riconoscere la cistifellea. Aperto, esso presenta a pochi centimetri dal piloro, una soluzione di continuo che lo attraversa in tutto lo spessore delle sue pareti, rotondeggiante, ampia come una moneta da 2 soldi, di conio recente, dalla quale affiora verso il lume duodenale un calcolo grosso come una noce moscata, a super-

ficie bernoccoluta. I bordi dell'ulcera sono un poco inspessiti e fra essi ed il calcolo esce un po' di bile; la sua superficie, poi, è come attraversata da una briglia che si lascia facilmente riconoscere come un tralcio di parete della cistifellea. Il *fegato*, per il resto, ha forma e volume normali; il suo parenchima è pallido e molle; i dotti biliari sono regolari, ma dilatati; l'epatico di ampiezza normale si perde nel connettivo che stabilisce le aderenze fra fegato e duodeno. Il rimanente *intestino* appare normale, fuorchè in quella parte di ileo dove si era prodotto lo strozzamento erniario in cui si nota, per breve tratto, un colorito rossastro diffuso e si riscontrano leggeri essudati recenti. Ambedue i *reni* hanno forma e volume normali, sono bene scapsulabili e lisci; la corticale è pallida e tumida. Nulla di notevole alla *vescica* ed ai *genitali*.

Diagnosi. — Fistola cistico-duodenale da colecistite calcolosa in donna operata per ernia crurale strozzata.

È ben noto che il segno caratteristico della calcolosi biliare è rappresentato dalla colica, quasi sempre recidiva e spesse volte accompagnata dai segni di una stasi biliare per l'occlusione del coledoco da parte del calcolo.

Nell'infermità del caso in esame, invece, questi sintomi sono mancati e nella storia si distinguono due fasi diverse e ben differenti tra loro.

La prima che si è protratta per oltre cinque anni è caratterizzata da dolori vaghi all'epigastrio, oscillanti nella comparsa e nella durata, talvolta più intensi e, però, mai violenti.

La seconda fase, invece, si distingue per il vomito che insorge dopo l'ingestione dei cibi, non si congiunge ad accessi dolorosi e presenta quei caratteri che sono collegabili con una stasi gastrica.

Quando si è ricorso al sussidio dei Raggi Röntgen questi hanno confermato la presenza di un ostacolo nella canalizzazione dei cibi a livello del piloro ed anche l'esame del succo gastrico deve aver contribuito a trarre in errore lo specialista, che già all'esame obbiettivo aveva riscontrato elementi morbosi a carico della regione pilorica.

Noi possiamo invece, ora, ritenere che nel primo periodo si sia creata un'idrope della cistifellea che, con alterazioni flogistiche a decorso cronico, ha contratto aderenze con gli organi prossimiori, causa precipua dei vaghi dolori denunciati dalla paziente.

Nel secondo periodo per le salde aderenze che attraverso gli anni si sono venute formando, si è stabilita una stenosi dell'antro pilorico e da qui il vomito e l'obbiettività rilevati.

Per quanto riguarda l'esame del succo gastrico ricorderò come due fattori siano considerati importanti per fare ammettere la diagnosi di neoplasia gastrica e cioè la presenza di acido lattico e la diminuzione o la scomparsa dell'acido cloridrico libero. Nel caso attuale la presenza del primo può essere considerata come espressione degli abnormi processi fermentativi del contenuto gastrico in conseguenza della stasi e l'assenza dell'acido cloridrico libero può, invece, essere imputata allo stato di gravità in cui si trovava la donna quando venne eseguito l'esame: nelle cachessie, di qualunque natura esse siano, le varie secrezioni ne soffrono e così pure quella dello stomaco.

La malattia ha avuto, quindi, un decorso quanto mai oscuro ed a stento il primo quadro da essa presentato può farsi rientrare in quella forma pseudo-gastralgica su cui gli AA. richiamano molta attenzione; nel secondo periodo, poi, per le alterazioni anatomiche sopravvenute, la diagnosi di essa appare maggiormente difficile.

*
* *

Anche dal lato anatomo-patologico il caso in esame presenta interesse perchè l'evenienza di una stenosi gastrica conseguente a colecistite calcolosa è alquanto rara.

Nella ricca statistica di circa 12.000 operazioni eseguite nell'ultimo ventennio nella Divisione Chirurgica di Parma, oltre 300 riguardano il fegato e le vie biliari: tra queste ho trovato un caso solo analogo al presente. Esso si riferisce ad un uomo di 66 anni, operato felicemente il 14-6-1910 di colecistectomia e di gastroenteroanastomosi e per la sintomatologia tipica fu possibile addivenire ad una diagnosi esatta già prima dell'intervento. Al tavolo operatorio si rinvenne che la cistifellea era tenacemente adesa al piloro: essa conteneva un grosso calcolo che comprimendone il fondo vi aveva prodotto un'escara da decubito. È ovvio pensare che se in quest'infermo l'intervento fosse stato eseguito più tardi o fosse mancato, dalla semplice escara si sarebbe passato ad un'ulcera che approfondendosi sempre più avrebbe finito coll'aprirsi nel tubo digerente. Si sarebbe così creata una fistola come nel caso che è oggetto del presente studio.

Tralasciando di accennare alle varie altre complicazioni della colecistite calcolosa, ricorderò come la formazione di fistole possa realizzarsi direttamente con gli organi vicini in seguito alla formazione di aderenze, oppure in

forma indiretta quando si crei, precedentemente alla fistola, una peritonite saccata.

Le fistole biliari in comunicazione diretta col tubo gastro-enterico sono le più frequenti ma possono pure aprirsi nella pelvi del rene d. o in vescica, oppure, per l'intermezzo di un accesso subfrenico, in una cavità pleurica o nel pericardio. In qualche caso, poi, si può anche avere una colecistotomia naturale, quando cioè si stabilisce una fistola cistico-cutanea.

Le varie fistole in comunicazione col tubo digerente sboccano in una porzione anzichè in un'altra a seconda dei rapporti contratti dal fondo della cistifellea e così quando tale organo si è spostato alquanto verso la linea mediana si creano delle fistole in comunicazione col piloro o, com'è nel caso nostro, e più spesso, con la prima porzione del duodeno.

BIBLIOGRAFIA.

1) BARTERA. *Su tre casi di calcolosi biliare.* Il Policlinico, 1909.
2) BERTONE. *La perforazione della vescichetta biliare.* Riforma Medica, 1925.
3) CADE et BARBIER. *Les difficultés de diagnostic de la cholécistite lithiasique chronique, ecc.* Lyon Méd., 1924.
4) CHIRAY et PAVEL. *La vésicule biliaire.* Masson, éd., Paris, 1927.
5) COTTE. *Fistules biliaires.* Soc. de chir. Paris, 1925.
6) DEVOTO. *Malattie del fegato* (in Tratt. di Pat. Medica di A. DE GIOVANNI. Vallardi, edit. Milano).
7) FABRIS. *Anat. Patol. del fegato e delle vie biliari.* (In Tratt. di Anatomia Patologica di P. FOÀ. U. T. E. T., Torino).
8) GUIZZETTI. *Lezioni di Anatomia Patologica.* Zafferri, ed. Parma, 1925.
9) MAC CARTY and COHKERY. *Early lesions in the gall-bladder.* Americ. Journal of the med. scienc., 1920.
10) NANNYN. *Klinik der Cholelithiasis.* Vogel, ed. Leipzig, 1892.

NOTE E CONTRIBUTI.

CASA DI CURA DI REGOLEDO (LAGO DI COMO).

Contributo clinico alla conoscenza degli effetti terapeutici del tartrato di ergotamina nella malattia di Flajani-Basedow

per il dott. PIERO SANGIORGI.

Non basta più, oggi, definire la malattia di Flajani-Basedow « *un'affezione dovuta ad una iperfunzione della tiroide* ». L'odierno sviluppo degli studi endocrinologici, la somma delle cognizioni che chiariscono i rapporti fra ghiandole a secrezione interna e sistema nervoso vegetativo, il costituzionalismo morfologico, e via discorrendo, hanno enormemente allargato i confini del determinismo basedowiano, affidando alla clinica avvenire il compito di raggiungerli e di individuarli.

Nel XXXI Congresso di medicina interna tenutosi a Roma nell'ottobre del 1925, medici, chirurgi e radiologi, hanno portato il contributo della loro esperienza sulla risoluzione pratica del problema terapeutico della malattia di Flajani-Basedow, pervenendo alla non molto brillante conclusione che la guarigione assoluta non può essere ottenuta in senso vero nè dalla chirurgia, nè dalla medicina nè dalla X-terapia, almeno fino ad oggi. Però ciascuna di queste tre grandi branche della scienza medica, può apportare, nei singoli casi, benefici notevolissimi sia che agiscano indipendentemente, sia che compensino fra loro l'efficacia del proprio contributo.

Tuttavia, questo è accertato: che qualunque sia il grado di gravità della forma, la cura medica, associata a quella igienico-dietetica, si rende sempre opportuna: nelle forme di modesta gravità, perchè può bastare da sola a raggiungere effetti che possono ritenersi praticamente buoni e, fino ad un certo punto, definitivi; in quelle di media gravità perchè per un certo tempo può essere apprestata vantaggiosamente a titolo contensivo ed aspettativo; in quelle gravi, infine, perchè può validamente preparare l'ammalato alla cura chirurgica o radioterapica aumentandone la probabilità dei benefici immediati o lontani.

Ora, i sussidi offerti al medico per la cura del morbo di Flajani-Basedow, sono numerosi: dall'antitiroidina di Moebius all'arsenico; dall'organo-terapia ipofisaria, timica, paratiroidea, ovarica, testicolare, insulinica all'iodio, oggi ritornato in onore; dalla digitale ai bromuri, tutto l'arsenale medico ricostituente,

sedativo, tonico, cardio-vascolare, antidiarroico, può trovare la sua razionale applicazione nella singola peculiarità dei casi. « Mai forse come per la malattia di Flajani-Basedow è vero l'assioma che ogni malato costituisce una personalità clinica a sè, non dovendosi dimenticare le secondarie variabili modificazioni che l'ipertiroidismo basedowiano porta sulle altre ghiandole a secrezione interna e come non sempre vi sia corrispondenza fra gravità della sindrome e difficoltà di guarigione del malato: onde in ogni singolo caso dovrà il medico da un esame accurato, storico ed obbiettivo e dal divenire della sindrome stessa, dedurre pratiche indicazioni per l'indirizzo curativo ». (Ferrata, *Atti del XXXI Congresso della Soc. Ital. di Medic. Interna*).

È appunto partendo da questo concetto che, nella cura del morbo di Flajani-Basedow, io ho voluto usare, ottenendone i risultati che ora riferirò, il tartrato di ergotamina, alcaloide della segale cornuta di cui erano già noti gli effetti, dichiarati soddisfacenti da Adlersberg e Porges, Rütz (*Med. Kl.* Nr. 19, S. 736, 1926), Meyer (*Med. Kl.* Nr. 44, S. 1688, 1927), Merke, Staehelin, J. P. Bouckaert e A. K. Noyons.

Non mi risulta che Autori Italiani si siano occupati dell'argomento ed io sono ben lieto di riempire questa lacuna.

Ma vediamo, anzitutto, che cosa sia il tartrato di ergotamina e quali siano i concetti che ne determinano l'impiego nella malattia di Flajani-Basedow.

Il tartrato di ergotamina è, come ho detto, un alcaloide cristallizzato della segale cornuta e possiede le proprietà farmaco-dinamiche e tossicologiche caratteristiche della segale cornuta stessa. Esse sono, come è noto, quelle che da una parte agiscono sull'utero e sul sistema cardio-vascolare.

L'ergotamina, che ha trovato un vasto impiego nella pratica ostetrica e ginecologica possiede inoltre un'azione specifica sul sistema simpatico agendo nel senso che essa paralizza le reazioni fisiologiche dovute alla sua eccitazione. L'ergotamina quindi, esplicando una attività moderatrice sulla funzione del sistema simpatico essendo, in altri termini, un elemento inibitore di questo sistema, può essere valorizzato dal punto di vista diagnostico e da quello terapeutico.

Il metodo chimico di esplorazione del sistema simpatico ha ricevuto infatti un notevole contributo dalla conoscenza farmaco-dinamica di questo alcaloide che possiede una attività specifica — o azione elettiva — per il sistema nervoso simpatico. Di questo contributo, noi siamo debitori a E. Rothlin, che ha potuto sperimentalmente dimostrarci che, come l'atropina è la sostanza inibitrice del vago, così l'ergotamina è la sostanza inibitrice del gran simpatico.

Sebbene il mio compito non sia precisamente questo, tuttavia non mi sembra fuor di posto riassumere brevemente le esperienze magistrali del Rothlin per meglio chiarire il meccanismo di azione del tartrato di ergotamina vis-à-vis del gran simpatico.

1) L'effetto vaso-costrittore ottenuto eccitando il simpatico cervicale o splancnico, o eccitandolo con la somministrazione di adrenalina, è paralizzato od anche rovesciato da una preventiva somministrazione di ergotamina.

2) L'azione accelerativa dell'adrenalina sul cuore *in situ* è inibita dall'ergotamina, la quale rallenta il ritmo cardiaco di un animale che trovasi in condizioni di normale equilibrio neuro-vegetativo. Il Rothlin ha visto che 1/10 di mmg. di tartrato di ergotamina per kg. di peso dell'animale (gatto) ha abbassato il numero normale di 200 pulsazioni al m' a 148.

Io ho avuto agio di constatare lo stesso fenomeno in un uomo sano, al quale la somministrazione sottocute di 0,25 mgr. di ergotamina abbassò a 62 le 80 pulsazioni abituali. (Cfr. anche Chiabrera, *Minerva Medica*, n. 14, p. 799, 1928).

3) Secondo la specie animale varia la reazione dell'utero all'eccitazione simpatica. L'utero di coniglia è contratto dall'adrenalina: ma un'iniezione di tartrato di ergotamina arresta o capovolge il fenomeno. L'esperimento è più evidente sulla vescicola seminale della cavia.

4) È nota la provocazione sperimentale dell'iperglicemia adrenalinica. Somministrando il tartrato di ergotamina, il fenomeno non avviene.

Da questa serie di esperienze deduciamo dunque che, effettivamente, il tartrato di ergotamina inibisce, nell'animale sano i fenomeni dovuti ad attività acceleratrice dell'eccitazione del gran simpatico; attività che può anche essere sperimentalmente provocata dall'adrenalina.

Una seconda serie di esperimenti, di cui per brevità riporto solo le conclusioni, permette di dimostrare la possibilità di paralizzare con l'ergotamina, tanto le terminazioni

delle fibre acceleratrici o motrici che le terminazioni delle fibre inibitrici del gran simpatico.

Noi conosciamo già l'antagonismo para-simpatico fra pilocarpina ed atropina. Le ricerche di E. Rothlin ci fanno conoscere quest'altro antagonismo simpatico fra adrenalina ed ergotamina. Ed è, questa, una conquista nuova ed importante, poichè avevamo nell'adrenalina lo stimolante tipo, il capo-fila degli eccitatori (come felicemente lo chiama Laignel-Lavastine) del gran simpatico. Ma non avevamo il capo-fila degli inibitori; ed a questo posto abbiamo oggi messo l'ergotamina.

Le ricerche comparative, dal punto di vista farmacologico e biologico, fra l'ergotamina e gli altri agenti terapeutici e specifici — chiamiamoli così — del sistema vegetativo hanno condotto alla constatazione sperimentale che il simpaticotropismo ergotaminico è spiccato tanto quanto il simpaticotropismo degli altri agenti. Anche dal punto di vista posologico, le dosi minime per dimostrare l'azione elettiva della sostanza chimica studiata, rivelano valori presso chè uguali. E cioè:

Pilocarpina, da 5 a 10 mmg. per dose, per via sottocutanea; Atropina da 1/2 ad 1 mmg. per dose, per via sottocutanea; Adrenalina da 1/2 ad 1 mmg. per dose, per via sottocutanea; Ergotamina da 1/2 ad 1 mmg. per dose, per via sottocutanea.

Altra interessante osservazione è che l'azione dei due agenti stimolatori, è più breve che non quella dei due agenti inibitori.

Infine sulla questione dell'amfitropismo (in certe condizioni, atropina, pilocarpina ed adrenalina possono agire e sul gran simpatico e sul parasimpatico) il Rothlin ha accertato che l'ergotamina somministrata prima dell'eccitazione elettrica del vago, ne aumenta la eccitabilità stessa mentre Hess ha dimostrato che la midriasi atropinica può sommarsi con quella ergotaminica. Anche l'ergotamina, dunque, può sotto certe condizioni essere negativamente simpaticotropa e positivamente parasimpaticotropa.

Detto tutto questo vediamo ora sulla base di quali concetti e con quali risultati sia stato usato da altri e da me il tartrato di ergotamina nella malattia di Flajani-Basedow.

Questa malattia, infatti, sebbene non possa essere interamente interpretata per una simpaticotonia, possiede pur tuttavia un gruppo di sintomi che direttamente vi fanno capo. La tachicardia, per esempio, è un sintomo ipersimpaticotonico e, d'altra parte, è sufficientemente noto che la tiroxina, esponente chimico della iperattività funzionale tiroidea, eccita tutto il sistema nervoso della vita vegetativa, simpatico e parasimpatico. Engel ha dimostrato (*Pflüger's Archiv.*, vol. 211) che il simpatico è il nervo secretore della tiroide: era perciò interessante ricercare e studiare gli effetti di un medicamento simpatico-inibitore non solo sulla tachicardia della malattia di Flajani-Basedow ma anche negli altri sintomi cardinali della malattia stessa, quali l'aumentato metabolismo basale, il gozzo, il tremore delle dita e l'esoftalmo.

Si trattava dunque di stabilire e valorizzare l'azione antagonista fra il tartrato di ergotamina e la tiroxina; e Porges ed Adlersberg di Vienna, furono i primi a tentare, nel 1925, il trattamento del gozzo esoftalmico con l'ergotamina. Quindici su ventidue casi, furono nettamente migliorati; quattro casi ebbero risultati discreti e tre furono negativi.

A queste, altre ricerche fecero seguito; buoni resultati riferirono Staehelin, Hotz, F. Merke, Bouckaert (di Louvain), Mayer (di Zurigo) e Loeffler, direttore del Policlinico Medico di Zurigo. È interessante notare che la maggior parte di questi Autori ha potuto mettere in evidenza che il trattamento ergotaminico non influenza solo la tachicardia diminuendo il numero delle pulsazioni, ma favorisce la regressione degli altri sintomi più evidenti e diminuisce anche il metabolismo basale. Quest'ultima constatazione è del più alto interesse perchè il metabolismo basale è, mi si perdoni l'espressione, il termometro funzionale della ghiandola tiroide. L'ipertiroidismo, infatti, si accompagna sempre ad una esagerata combustione organica, mentre l'ipotiroidismo provoca il fenomeno inverso; tanto è vero che, chimicamente, la determinazione del metabolismo basale, vale a dire la miscela del minimum di combustione di un organismo che, almeno da 18 ore si trovi nello stato di assoluto riposo e di digiuno, serve come ricerca diagnostica dell'iper o dell'ipo-attività secretiva della ghiandola tiroide. Di fronte ad un metabolismo basale patologicamente diminuito (riferendomi sempre alla patologia della ghiandola tiroide) noi non siamo disarmati giacchè, per i concetti sopra esposti, la tiroxina o, comunque, gli estratti tiroidei, costituiscono sovente un efficace sussidio terapeutico. Ma la medicina interna non aveva sussidi terapeutici per affrontare e padroneggiare in maniera apprezzabile e duratura il metabolismo basale esagerato degli ipertiroidei e, particolarmente dei basedowiani; e non altro poteva indicare che il prolungato riposo a letto,

il quale del resto portava, quasi sempre a scarsissimi resultati.

Giustissima è l'opinione del Fiori che, al già ricordato XXXI Congresso della Società Italiana di Medicina Interna, osservava che tradurre in cifre i limiti del ricambio basale, sulla cui scorta proporre o meno l'intervento chirurgico, può costituire uno schematismo inutile o pericoloso. Ma se è stato da tutti convenuto che la Chirurgia subentri alla Medicina, quando questa riconosca di aver terminato il suo compito presso un basedowiano (il quale per altro si trovi ancora in condizioni di potere, senza maggior pericolo, affrontare l'intervento) è altrettanto vero che, nel maggior numero dei casi, l'insuccesso medico è rappresentato dallo stato di decadimento generale in cui il malato viene a trovarsi in conseguenza del suo esagerato metabolismo basale.

Cade qui acconcio ricordare infatti, che per molti Autori la modificazione del metabolismo basale, è la prima e principale perturbazione dell'iperfunzionalità della ghiandola tiroide e che gli altri sintomi, appartengano essi alla sfera circolatoria od a quella nervosa, sono secondari e dipendenti da quella.

Qualunque sia l'opinione dei patologi in materia, la constatazione che il tartrato di ergotamina può diminuire notevolmente l'eccessivo metabolismo basale dei basedowiani, secondo le ricerche e le dichiarazioni di Rütz; Merke, Bouckaert e Noyons e in modo particolare di Abderhalden e Wertheimer (*Pflüger's Archiv. f. d. ges. Physiol.* 216, 1927, p. 697), merita tutto il nostro interesse e ci incoraggia ad estendere le nostre osservazioni.

Naturalmente, vicino ai successi registrati nel trattamento della malattia di Flajani-Basedow, con l'uso del tartrato di ergotamina, da alcuni Autori, ed anche da me stesso, sono stati registrati degli insuccessi, sia per intolleranza del medicamento sia per la peculiarità clinica del caso. Sono tali e tanti, infatti, i momenti determinativi della malattia di Flajani-Basedow, che gli insuccessi terapeutici sono perfettamente giustificati. Noi non abbiamo ancora risolta la pregiudiziale se la sindrome basedowiana possa essere indipendente da una predisposizione a carattere costituzionale: sta di fatto però che le vedute di Pende, Cantieri, Franci, Cantilema, ecc., sulla presenza di una « costituzione basedowiana » dipendente oltre che dai fattori tiroidei e simpatico-tiroidei anche da anomalie di altri apparati endocrini compreso quello sessuale, sembrano confermate dai resultati delle indagini cliniche e terapeutiche.

D'altra parte chiari ormai apparendo gli intimi legami fra il sistema simpatico e parasimpatico, chiara appare anche la prevalenza del tipo vagotonico in alcuni basedowiani, tanto che Eppinger ed Hess distinguono l'ipertiroidismo in forma vagotonica e simpaticotonica.

Secondo Sainton e Guillaumont (citati da Camille Dreyfus) gli insuccessi del tartrato di ergotamina nei malati di Basedow, si verificherebbe nei casi appunto in cui la vagotonia ha il predominio dell'affezione. Rutz dice che l'ergotamina non agisce nei casi di Basedow che presentano complicazioni derivate da uno stato timo-linfatico.

Nella riportata tabella, sono frattanto esposti i resultati riassuntivi da me ottenuti nel trattamento di 10 casi di ipertiroidismo e gozzo esoftalmico.

N.	Età	Peso somatico		Pulsazioni		Dose quot'd. in mmgr.	Dose totale in ctg.	Via di somm.	DIAGNOSI
		prima	dopo	prima	dopo				
1	30	49	52	130	90	0.5	2	sottocute	Ipertireosi
2	33	48	47	110	106	0.5	2.3	id.	Gozzo esoftalmico
3	49	52	54	116	90	0.5	1.5	id.	id.
4	31	43	50	110	94	0.5	2.05	id.	id.
5	23	52	50	100	100	3.—	6.—	per os	Basedowismo?
6	21	40	46	98	80	0.5	1.40	sottocute	Gozzo esoftalmico
7	38	57	59	114	102	0.5	1.55	id.	id.
8	44	70	69	102	100	0.5	2.—	id.	id.
9	37	53	55	114	98	0.5	2.55	id.	Ipertireosi
10	53	61	61	100	90	4.—	12.—	per os	id.

Il primo caso appartiene ad una giovane signora, la quale non so se per smania di dimagrire o per errata valutazione del suo medico curante, era stata lungamente sottoposta ad un intenso trattamento tiroideo. È probabile che la paziente fosse già in possesso degli elementi costituzionali atti a sviluppare una forma basedowiana: sta di fatto che la malata presentava spiccati caratteri ipertiroidei che, cessata la somministrazione di un estratto di ghiandola tiroidea di cui ella faceva uso, ed iniziato il trattamento con tartrato di ergotamina nella dose quotidiana e per un quantitativo totale quali risultano dalla tabella, a poco a poco diminuirono fino a rimettere la signora in uno stato di quasi normale equilibrio fisiologico.

Attualmente alla distanza di un anno, mi risulta che le pulsazioni (che durante la cura erano discese a 90) sono lievemente aumentate, ma che tutti gli altri vantaggi si sono mantenuti.

Nel secondo caso, il trattamento ergotaminico ha dato un esito presso che negativo. La paziente arrivò alla nostra osservazione in condizioni particolarmente scadute, e l'anamnesi e lo stato presente facevano pensare al basedowismo tubercolare studiato da Halls. Allo spiccato esoftalmo ed al notevole ingrossamento della tiroide, facevano corona tutti gli altri sintomi che completano la sindrome di Flajani-Basedow: tachicardia, tremore, diarrea ed alterazione psichica (depressione). Effettivamente nella prima decade di cura, si intravvide qualche lieve miglioramento; diminuì infatti la tachicardia, le deiezioni furono meno frequenti e lo stato psichico parve beneficamente influenzato. Complessivamente però i resultati non furono affatto buoni. Non si osservò diminuzione alcuna nella circonferenza del collo.

Altro resultato negativo si ebbe nel 5° caso, appartenente ad una paziente affetta da isterismo con tachicardia, diarrea e lieve esoftalmo. Fu seguita prima la via sottocute poi *per os*: l'ammalata dichiarò di non poter sopportare la cura perchè, qualunque fosse la via di somministrazione, il medicamento le provocava nausee e vomiti. Si trattava però, come ripeto, di un soggetto isterico, le cui dichiarazioni e manifestazioni non possono essere prese alla lettera.

Lieve senso di nausea, transitorio però, dava il medicamento all'ammalata del caso n. 4; una domestica di 31 anni che, ciò non ostante, ebbe buonissimi resultati tanto da soprassedere all'intervento operatorio consigliato, dopo infiniti tentativi terapeutici, come *extrema ratio* anche da medici e chirurghi valentissimi. A distanza di 9 mesi le condizioni generali si mantengono buone: solo la tachicardia si è ripristinata con l'intensità di prima.

Del terzo caso mi consta che i resultati ottenuti dalla cura si sono conservati inalterati per circa quattro mesi.

Quanto agli altri basta dare un'occhiata alla tabella per constatare che, in via di massima, l'esito immediato del trattamento ergotaminico fu soddisfacente. Non è passato però ancora tempo bastante per valutare la durata del beneficio.

La mia statistica dimostra dunque che il tartrato di ergotamina somministrato per la via sottocutanea e secondo le dosi individualmente ritenute più opportune, su nove casi di ipertireosi e gozzo esoftalmico, ha fallito solo in un caso. Condizioni particolari dell'ammalata mi vietano di trarre deduzioni assolute da un caso che registro per altro anch'esso negativo. Gli altri otto casi, quali più e quali meno, quali su tutto il complesso sindromico, quali soltanto su alcuni sintomi, sono stati beneficamente influenzati, mantenendo il beneficio anche per qualche tempo dopo la cura. Debbo dichiarare che in nessun caso il beneficio è stato completo e che ho notizia della ricomparsa più o meno evidente della sindrome in qualche caso.

Il sintomo più rapidamente influenzabile dal tartrato di ergotamina è la tachicardia: esso è però il primo a ricomparire quando il trattamento venga sospeso.

L'aumento di peso subìto dai miei malati — nessuno dei quali ha mai tenuto il letto, alcuni dei quali, anzi, hanno continuato le proprie abituali occupazioni — dimostra praticamente il comportamento del metabolismo basale di fronte al medicamento.

Anche lo stato psichico sembra dominato dall'ergotamina e le mie osservazioni concordano in questo senso, con quelle di Bouckaert.

In nessun caso mai, neppure nei più felici, ho visto invece diminuire la tumefazione della tiroide, ove questa era presente; se non in misura limitatissima.

Quanto alla posologia, ho preferito la via sottocutanea che dà, certamente, più rapidi resultati. Consiglio di saggiare la tolleranza individuale, cominciando con mmg. 0.25 di sostanza (1/2 cmc.) al mattino e, se la tolleranza lo permetta, ripetendo tale dose la sera. Io non ho superato mai i mmg. 0.5 *pro die* suddividendoli sempre in due somministrazioni. È opportuna una sospensione per 1-2 settimane dopo 20-25 giorni di cura, facendo possibilmente coincidere, nelle donne, la pausa col periodo mestruale. Se occorre, dopo la pausa, si può rinnovare la cura per altri 20-25 giorni. La prima serie è sufficiente per stabilire l'efficacia del trattamento; la seconda per consolidarla; e qualora se ne veda la necessità, dopo una più lunga pausa il trattamento può essere ripreso.

Tirando le somme, dunque, io pervengo a queste conclusioni: che il tartrato di ergotamina può essere, nella malattia di Flajani-

Basedow, un buon medicamento sintomatico. Non curativo quindi, nel vero senso della parola.

Sono anch'io di opinione che allo stato attuale delle nostre cognizioni e delle nostre possibilità, la malattia di Flajani-Basedow sia, dal punto di vista della medicina interna, curabile ma non guaribile. La X-terapia è ancora, dirò così, nella fase di assestamento: sarà forse la terapia dell'avvenire. Guaribile (non però in senso assoluto) forse è la chirurgia soltanto, quando l'intervento sia precoce, quando non vi siano in campo complicanze renali e cardiache e le condizioni generali dell'infermo offrano le maggiori garanzie.

Qualche caso lieve di Basedow, tuttavia può essere dominato dalla cura medica: nella maggior parte dei casi, secondo la mia personale esperienza, il compito della medicina deve limitarsi a far sì che il malato si presenti al tavolo operatorio nelle condizioni migliori. Ed a ciò si può pervenire egregiamente con la prescrizione delle regole igienico-dietetiche e della terapia sintomatica, la quale deve sempre essere ispirata dal concetto che il morbo di Flajani-Basedow costituisce un denso complesso biologico di differenti fattori costituzionali, di vari coefficienti eziologici, di interferenze patogenetiche multiple (Ferrata). Non si può quindi essere unilaterali nella scelta del medicamento. La pratica medica, infatti, ce ne offre tutta una serie in cui oggi ha trovato ottimo posto il tartrato di ergotamina, basato sull'antagonismo che egli esercita nei confronti della tiroxina e considerato quale efficace inibitore del simpatico e del parasimpatico.

* * *

Ringrazio il Prof. Giuseppe Betti che ha guidato autorevolmente le mie osservazioni.

BIBLIOGRAFIA.

E. ABDERHALDEN et E. WERTHEIMER. *Beziehungen der Thyroxinwirkung zum sympathischen Nervensystem.* Pflügers Archiv. f. d. ges. Physiol., S. 216, 697, 1927.

J. BOUCKAERT. *L'ergotamine pour le Basedow.* Revue médicale de Louvain, n. 12, 1926.

J. BOUCKAERT et A. K. NOYONS. *Diminution du métabolisme basal sous l'influence du tartrate d'ergotamine (Gynergène) chez les basédowiens.* Annales de la Soc. Scientifique de Bruxelles, vol. XLV, prima parte. Documents et comptes-rendus, pag. 320.

G. CHIABRERA. *Sull'azione simpatico-paralizzante della ergotamina.* Minerva Medica, marzo 1927, num. 13.

A. FERRATA. *La cura del morbo di Flajani-Basedow.* Relazione al XXXI Congresso della Società Ital. di Medicina Interna. Roma, 26-29 ottobre 1925.

HOTZ. *Zur operativen Behandlung des Basedow.* Deutsch. med. Woch., n. 15, S. 604, 1926.

M. IDE. *Traité de thérapeutique ou pharmacodynamique (Ergotamine).* Libraire Peeters à Louvain, V Edizione, p. 76-78.

H. W. MAIER. *L'ergotamine, inhibiteur du sympathique, étudiée en clinique, comme moyen d'exploration et comme agent thérapeutique.* Revue neurologique, n. 6, giugno 1926.

F. MERKE. *Die grundumsatzbestimmungen bei Kropfpatienten mit dem Krogh'schen Apparat.* Schweiz. med. Wschr., n. 22, S. 448, 1925. — *Die Vor und Nachbehandlung bei Basedow-Operationen.* Der Chirurg, 1 Jan. 1929, H. 4, S. 153-159.

PORGES & ADLERSBERG. *Basedow'sche Krankheit.* Wien. Klin. Wschr., n. 22, 1926; Klin. Woschr., n. 31, 1925.

E. ROTHLIN. *Ueber die pharmakologische und terapeutische Wirkung des ergotamine auf den Sympathikus.* Kl. Wschr., n. 30, 1925. — *Le rôle de l'ergotamine en pharmacologie et en thérapeutique.* Bull. gén. de thérapeutique, n. 7, 1925. — *Il problema della segale cornuta.* Minerva Medica, n. 31, 1928.

M. IDE. *Contribution à la méthode chimique d'exploration du système sympathique.* Revue de nerologie, giugno 1926.

RÜTZ. *Ueber Vorbereitung und Nachbehandlung von Basedow-Operationen mit Gynergen-Sandez.* Med. Kl., n. 19, S. 736, 1926.

M. MEYER. *Heine Erfahrungen mit dem Gynergen (Sandoz) bei der Behandlung des Morbus Basedowii.* Ibid., n. 44, S. 1698, 1927.

CONFERENZE.

La natura della malattia.

(H. ROLLESTON. *British Medical Journal*, 16 febb. 1929).

La salute è uno stato del corpo e dello spirito derivante dal progressivo adattamento dell'organismo vivente agli agenti esterni ed interni. La malattia, che è un allontanamento da questa condizione di equilibrio o una mancanza di armonia, ha avute parecchie definizioni, ma nessuna in vero soddisfacente. E ciò perchè nessuna definizione può essere comprensiva di tutti gli elementi costituenti il concetto di malattia delle sue cause, delle sue origini, della sua evoluzione, delle sue manifestazioni, del significato dei singoli suoi componenti. In vero non è raro riscontrare che lo stesso processo può a seconda dei casi ed anche nelle varie tappe della stessa malattia essere insieme benefico e malefico. In effetti lo stesso meccanismo che tende a riparare i tessuti lesi o a compensare i difetti funzionali tende a diventare per sè stesso pericoloso, a costituire esso stesso una malattia. Al riguardo nessun esempio più semplice e più banale dell'infiammazione che pur essendo una manifestazione dei poteri di difesa dell'organismo, pur essendo tendenzialmente benefica, è spesso la causa di notevoli alterazioni anatomiche con le conseguenti gravi perturbazioni funzionali.

Quali che siano i componenti del concetto di malattia, è certo che questa non è una cosa reale, un oggetto materiale, ma un'astrazione mentale, è l'idea delle reazioni di un organismo vivente in certe condizioni. Questo gruppo di reazioni formano nella mente immagini più o meno distinte, e sono contrassegnate dal nome della malattia. E come in tutti i concetti l'immagine verbale costituisce un elemento importante nel complesso ideativo, l'elemento preminente per il suo riconoscimento.

Il concetto di malattia forse si precisa meglio per i suoi elementi negativi. Nel cancro dello stomaco la malattia non consiste nel neoplasma, ma nella reazione dell'organismo vivente sotto forma di disordini funzionali, mentre lo stomaco canceroso persiste dopo la morte. Lo stato di malattia, come lo stato di salute, è inseparabile dalla vita, e la sua natura e la sua causa dovrebbero essere considerate con gli stessi criteri vitalistici e meccanistici della vita.

Si possono avere alterazioni profonde ed estese senz'alcun disturbo funzionale o sintoma morboso in conseguenza di fatti compensatori, mentre vi sono malattie a ricca sintomatologia nelle quali finora non si è riusciti a mettere in evidenza alcuna lesione materiale.

I sintomi costituendo le manifestazioni della reazione fanno parte della malattia, ma non sono la malattia.

È un errore classificare la malattia dai suoi sintomi perchè questi sono solo un epifenomeno, e quel che più conta sono spesso la manifestazione comune di più malattie.

All'insieme dei sintomi occorrenti con un certo aggruppamento definito, ma senza che abbiano una singola causa costante, è stato dato il nome di « sindrome o di complesso sintomatico ». Tra questi due termini esiste tuttavia una differenza: la « sindrome » è un aggruppamento di sintomi con una base anatomica o funzionale nel corpo mentre, il concetto di « complesso sintomatico » si riferisce al fatto puramente clinico facendo astrazione dalle lesioni o dai disordini funzionali di un organo.

Il termine « entità clinica » è spesso usato come sinonimo di sindrome o di complesso sintomatico, per indicare un insieme definito di manifestazioni morbose che possono essere dovute a più cause o a cause incerte.

La varietà dei termini per indicare le malattie, prova che queste non hanno ancora una sicura definizione. Il concetto di malattia implica tutta una serie di elementi negativi e positivi svariatissimi.

La malattia non è un veleno, un parassita, un'ulcera, un tumore, non è insomma la sua causa; essa non è un sintoma, non è un dolore, ossia non è solo una manifestazione. Essa è un'immagine mentale costituita dalle reazioni manifeste dell'organismo vivente in risposta agli agenti dannosi, siano essi provenienti dall'esterno o insiti all'organismo stesso.

La linea che divide lo stato di salute ed i poteri difensivi da una parte e la malattia dall'altra è quanto mai indefinita. Se i poteri di difesa sono forti la reazione sarà breve e leggera anche senza alcun sintoma ed il soggetto non ha alcuna consapevolezza della lotta stabilitasi nel proprio organismo. Questo processo è costantemente in azione e costituisce la resistenza dell'individuo sano. Qualche volta la reazione è molto marcata ma rapida, ed allora la malattia abortisce. La malattia si avvera decisamente quando la reazione è prolungata o manca al suo scopo.

L'infiammazione è un processo del tutto utile e innocente nella guarigione di una ferita asettica. Ciò non toglie che essa possa diventare una malattia: la peritonite locale producendo aderenze che inglobano un focolaio infettivo è un processo protettivo o curativo; ma la peritonite generale è una reazione che vien meno al suo scopo in quanto rende fatale il processo infettivo.

Il microscopio ha consentito di mettere in evidenza le alterazioni relativamente grossolane indotte dalla malattia, ma poco ancora si sa sulle modificazioni vitali essenziali che si verificano nel corso dei processi morbosi. Le recenti acquisizioni nelle conoscenze sulla costituzione dell'atomo e su gli elettroni fanno sperare che anche in questo campo vi saranno dei progressi. L'applicazione della chimica fisica alla medicina, quantunque finora non abbia dato notevoli contributi, pure è molto promettente. Le teorie sullo stato colloidale sono molto seducenti. Augusto Lumière sostiene che lo stato di salute sia dovuto al mantenimento dello stato colloidale normale, mentre la malattia sarebbe dovuta alla precipitazione dei colloidi. Le forme acute sarebbero dovute alla precipitazione di colloidi negli umori circolanti, e le forme croniche alla precipitazione negli organi. Donagh ritiene che lo stato di salute sia dovuto alle condizioni di equilibrio tra le particelle di proteine circolanti nel sangue con cariche elettriche opposte, elettroni (a carica positiva) e protoni (a carica negativa). Quando un veleno, un batterio o altro agente dannoso entra in scena, i protoni sono rinforzati e gli elettroni indeboliti: ne segue che lo stato colloidale viene alterato e si ha la precipitazione di particelle proteiniche in uno o più dei quattro più importanti visceri (reni, cervello, pulmoni, fegato) donde la malattia.

A rigor di termini le malattie non sono cose definite, è quindi illogico parlare della loro evoluzione. Certo però che i complessi sintomatici non conservano sempre immutate le loro caratteristiche, nè hanno ovunque i medesimi caratteri. Esse sono delle reazioni che risentono i mutamenti dipendenti dalle variazioni di due fattori per sè stesse variabili, l'individuo e l'ambiente.

Nel corso del suo progredire dalla vita primitiva a quella civilizzata l'uomo ha subìto molte modificazioni, e come tutte le sue rea-

zioni ai fattori esterni anche le malattie si sono modificate.

Certo il carattere fondamentale delle singole malattie rimane immutato. Alcuni tipi morbosi nelle loro linee essenziali sono ora quel che erano molti secoli fa. Ciò si è potuto dimostrare con lo studio comparativo di alcune alterazioni anatomo-patologiche quali si verificano oggi e quali si riscontrano nei fossili umani e animali. Così molte affezioni delle ossa, l'arteriosclerosi, l'artrite reumatoide, la gotta, la carie dentaria e la piorrea, la pulmonite, la calcolosi biliare e renale, la bilarziosi sono chiaramente riconoscibili nelle mummie egiziane.

Ma le nazioni e gli individui si modificano e differiscono nella loro costituzione un po' per ereditarietà, un po' in conseguenza della prolungata influenza dell'ambiente esterno, e quindi il loro potere di resistenza alle malattie varia corrispondentemente.

In certe condizioni, come in quelle determinate dalle guerre, dalle carestie e dalle epidemie stesse, la vitalità delle nazioni subisce una notevole riduzione per modo che fattori che ordinariamente sono inoffensivi diventano causa di altre malattie. Questa concatenazione di eventi suggerì a Sydenham la concezione della costituzione epidemica: durante un periodo epidemico l'infezione dominante favorisce lo sviluppo di altre malattie e queste rendono più grave e più frequente la prima. Vi sono in effetti strette analogie tra i fattori che modificano le malattie e quelli che appaiono periodicamente e favoriscono lo sviluppo delle epidemie. La diminuzione di resistenza di una nazione prodotta dalla guerra o dalla miseria rende patogeni microrganismi inoffensivi in condizioni ordinarie. A ciò deve forse attribuirsi l'aumento delle affezioni streptococciche, specie dell'endocardite subacuta e cronica, e dell'anemia perniciosa dopo la grande guerra.

La deficienza ereditaria della resistenza delle razze e degli individui può condurre alla maggiore suscettibilità verso certe malattie o a speciali forme di alcune malattie. Così negli ebrei sono più frequenti e più gravi le malattie del sistema nervoso.

L'influenza dell'ambiente sulle malattie si esercita in vario modo. Il clima attraverso le condizioni di temperatura, di umidità, d'intensità e durata dell'irradiazione solare ha importanza notevole. È ben noto come i climi caldi favoriscono lo sviluppo di alcuni parassiti (specie protozoi) e dei loro portatori o vettori (specie zanzare e mosche).

È ben noto come alcune razze quasi isolate dal mondo civilizzato si siano mantenute immuni da alcune infezioni, e come non appena siano venute a contatto con altri popoli siano state colpite dalle infezioni stesse in forma gravissima, oramai rare nei popoli civili. Ciò evidentemente si deve al fatto che in questi popoli ancora non tocchi dalle infezioni è mancato quel processo di immunizzazione che si stabilisce negli individui e che trasmettendosi ereditariamente costituisce un carattere sociale. Ma non appena vengono a contatto con alcuni germi patogeni le relative malattie si diffondono rapidamente ed in forme gravi.

L'ambiente può influire sulla morbilità attraverso il modo di alimentazione. Vi sono regioni in cui alcune malattie, come il rachitismo, il beri-beri, la carie dentaria, sono molto diffuse. Ora è stato dimostrato che queste malattie sono prodotte da deficienze alimentari, nel senso che negli alimenti abitualmente adoperati mancano alcune sostanze, le così dette vitamine.

È a tener presente inoltre che l'ambiente può modificare il quadro di alcune malattie influendo sul loro agente specifico. L'ambiente attraverso fattori vari può modificare non solo la virulenza di alcuni germi, ma anche i loro caratteri biologici e corrispondentemente il quadro clinico delle malattie da esse prodotte. Le differenze nelle manifestazioni cliniche del tifo e del paratifo, della dissenteria, della meningite cerebro-spinale e forse anche della pulmonite sono in rapporto alle varietà dei germi infettanti del gruppo dei bacilli tifo-paratifo, del bacillo della dissenteria, dei meningococchi, dei pneumococchi.

È ben noto come la sifilide possa assumere manifestazioni variabilissime che possono essere la risultante di fattori vari, ma non è improbabile che alcune di esse come la neurosifilide siano la risultante di uno spirochete con attività biologiche e quindi patogene diverse dall'ordinario spirochete della sifilide viscerale e cutanea: diversità che possono essere state indotte da influenze di vario genere.

È interessante seguire le oscillazioni del pendolo delle opinioni circa la reciproca importanza dei due fattori, terreno e sede, organismo ed ambiente, che determinano le reazioni costituenti la malattia. Settant'anni fa la costituzione individuale, la diatesi e il temperamento erano considerati i fattori essenziali nel determinismo delle malattie. La scoperta dei batteri fece oscillare il pendolo delle opinioni verso i fattori esterni; le malattie furono considerate come l'effetto della penetrazione nell'organismo di microrganismo patogeno. Successivamente la stessa batteriologia con gli studi sui poteri difensivi dell'organismo verso le infezioni mise in evidenza l'importanza del terreno organico nello sviluppo dei processi morbosi. L'immunologia ha messo in rilievo l'importanza del fattore costituzionale, che ora è ritenuto elemento essenziale in affezioni anche non infettive.

Quale è il significato della malattia? Essa fu una volta considerata come una punizione, è stata sempre ritenuta come uno dei più grandi mali che affligge l'umanità. Tuttavia mettendosi da un punto di vista biologico molto largo non si può negare alla malattia qualche benefico effetto.

Essa innanzi tutto abbrevia la durata della esistenza individuale, affretta la morte che è una necessità imprescindibile della vita.

D'altra parte la malattia agirebbe come elemento selettore eliminando i più deboli e risparmiando i più vigorosi, i meglio adatti alla perpetuazione.

Dal punto di vista sociale è a ricordare che i geni, i pionieri del progresso umano, sono, come ha ben sostenuto il Lombroso, dei malati.

D'altra parte l'attività cerebrale dei geni o semplicemente di individui ad intelligenza superiore è stimolata da tossici, quali l'alcool, l'oppio, la morfina, ossia da agenti morbigeni. E analogamente le tossine di alcuni agenti infettivi possono agire sul cervello e possono condurre alla produzione di capolavori. Molti giganti della letteratura erano tubercolotici, altri, come Guy de Maupassant, Nietzsche, Heine, Baudelaire, Verlaine hanno scritto le loro opere più brillanti dopo aver contratto la sifilide. Il male sarebbe quindi uno stimolante dell'attività cerebrale, l'eccitatore di opere intellettuali superiori, come il dolore ha suscitato i migliori squarci di poesia e melodie sublimi.

Dal punto di vista individuale è a notare che la malattia se limita l'attività del paziente in certe direzioni, può talvolta concentrare tutte le sue energie, tutti i suoi poteri in qualche branca speciale di lavoro intellettuale.

L'invalidità d'altra parte può proteggere contro i rischi di altre malattie. Questa specie di protezione spiega forse la più alta durata media della vita delle donne.

È anche a ricordare che alcune malattie sono tra loro incompatibili, e quindi l'una protegge l'altra. Così c'è un certo antagonismo tra tubercolosi e gotta, tra tubercolosi e obesità, tra tubercolosi e malaria.

Una malattia acuta può curare un'affezione cronica. È stato notato che la pulmonite fa scomparire i movimenti coreici, un attacco di orticaria può far scomparire la tosse convulsiva. E sono ben noti i successi della malarioterapia della paralisi progressiva.

Le conoscenze sulla natura della malattia fanno oramai comprendere come l'ideale della medicina consista più nella prevenzione dei mali che nella loro cura. Al riguardo è a tener presente che i due fattori essenziali nella causa delle malattie sono l'eredità e l'ambiente. Il primo fattore può essere corretto con l'eugenica, il secondo con la modificazione delle condizioni che favoriscano lo sviluppo dei mali.

Alla base dei due metodi di lotta sono la scienza e l'educazione. La prima deve ricercare e indicare le cause dei mali, la seconda deve infondere negli individui la necessità per il bene proprio e sociale di applicare tutte le norme atte ad eliminare le cause patogene ed a costituirsi un'abitudine più o meno consapevole dell'applicazione di queste norme.

L'una e l'altra devono essere protette ed incrementate dallo Stato. Dr.

SUNTI E RASSEGNE.

SIFILOLOGIA.

Cura della neurolues e della metalues. Dubbi e incertezze.

(G. Mingazzini. *Die Medizinische Welt*, 1929, n. 5).

La terapia della lues in genere, e più particolarmente delle sue forme nervose, ha fatto negli ultimi anni grandi progressi. Siamo però ancora lontani dall'avere delle norme sicure su le precise indicazioni e controindicazioni dei singoli medicamenti nei vari periodi della malattia e nelle sue diverse localizzazioni. Così d'altra parte rimane ancora una qualche incertezza, per lo meno in determinati casi, sull'apprezzamento delle tante siero- e liquorreazioni, entrate nella pratica dei laboratori, preziose certamente, ma alle quali non bisogna chiedere troppo, lasciandosi nei casi dubbi guidare più specialmente dalla Clinica a cui il laboratorio non deve servire che di ausilio.

È da queste considerazioni che prende lo spunto l'A. per passare in rassegna i medicamenti antisifilitici e il loro uso nella cura della neuro- e metalues. L'autorità dell'A., non ultimo dei meriti del quale è quello di occuparsi con genialità e particolare competenza anche di problemi terapeutici, rende di sommo interesse il lavoro e ciò tanto più perchè un argomento così capitale quale quello della terapia della lues è purtroppo ben poco conosciuto dalla grande maggioranza dei medici, che si limitano a prescrivere serie dell'uno o dell'altro medicamento senza un criterio direttivo e logico di cura, traendo così, nella più benigna delle ipotesi, dai mezzi veramente preziosi che sono a nostra disposizione, un vantaggio limitato.

Allo jodio e al mercurio si sono in questi ultimi anni aggiunti il salvarsan e i suoi derivati, il bismuto e l'inoculazione della malaria; ciò rappresenta un enorme progresso, ma la scelta del medicamento adatto è naturalmente divenuta più difficile, e il feticismo che molti medici hanno per l'uno o per l'altro di questi rimedi porta talvolta a risultati non troppo lusinghieri.

Già del mercurio erano note alcune controindicazioni (stadio paralitico della tabe, atrofia dell'ottico, forme precoci di demenza paralitica). L'A. insiste specialmente sul fatto che oggi si ricorre con eccessivo esclusivismo, volendo servirsi del mercurio, quasi soltanto alle iniezioni di calomelano trascurando la via di somministrazione orale e cutanea, con la quale ultima più specialmente si ottengono talvolta risultati insperati.

Anche del salvarsan, che va certamente considerato il medicamento principe della sifili-

de, non va fatto un uso eccessivo ed esclusivo. L'A. ricorda l'abitudine generale, almeno sino a qualche anno fa, di trattare tutti i casi di demenza paralitica con forti dosi di salvarsan benchè molto spesso le condizioni dei pazienti ne venissero peggiorate ed aumentassero di numero e di gravità gli accessi epilettiformi ed apoplettiformi. Non vuole però con questo diminuire i meriti del salvarsan che, restando sempre nel campo della lues nervosa, è prezioso ad esempio nella tabe incipiente, specie in associazione al mercurio. Sulle dosi da usarsi ancora l'accordo non è completo; Mingazzini, come anche la maggior parte dei sifilografi, consiglia di non sorpassare le dosi medie — 0,60 — deprecando la leggerezza con la quale da taluni si ricorre a dosi fortissime — anche 0,90 — all'inizio di una serie arsenobenzolica.

Del bismuto, in alcuni casi ottimo, si può ripetere quanto si è detto del salvarsan; non bisogna cioè usarlo esclusivamente ed in modo eccessivo; l'A. dice di non averne molta esperienza, ha però la sensazione che il bismuto sia nelle forme nervose meno attivo che nelle altre localizzazioni della lue.

L'inoculazione della malaria è oggi divenuta meno pericolosa usandosi soltanto la terzana, e se ne sono fissate le indicazioni, riservandone quasi esclusivamente l'uso alla demenza paralitica. I pretesi successi nella tabe e nella sclerosi multipla sono forse da attribuirsi al decorso a volte spontaneamente irregolare e intercalato da remissioni di queste malattie. Numerose osservazioni fatte nella Clinica neuropsichiatrica di Roma confermerebbero questo concetto.

È sperabile che con l'esperienza si riesca a fissare in maniera sempre più sicura le indicazioni e le controindicazioni di questi vari medicamenti, ma anche allo stato attuale delle nostre conoscenze è possibile e doveroso farne un uso più oculato e non giungere al colmo di usare preparati in cui sono associati tutti i medicamenti antisifilitici. Si ripete così in questo campo il deprecato sistema dei pluri- o panglandoli con i quali, a torto e a ragione, si curano le affezioni più varie, la cui origine endocrina non è talvolta che ipotetica.

M. Monacelli.

La terapia sussidiaria della sifilide.

(Gougerot. *Journal des praticiens*, 13 aprile 1929).

Una volta molto più di ora si usava curare la sifilide insieme e oltre che con il rimedio specifico, il mercurio, con altri medicamenti sussidiari, tra i quali i principali erano l'iodo e gli ioduri, lo zolfo ed il fosforo.

L'*ioduro* veniva adoperato solo nel periodo terziario, mentre in effetti esso può essere utile in tutti i periodi e cioè quando esistano lesioni largamente ulcerative, lesioni fortemente infiltrate o lesioni a tendenza sclerosante o di già sclerotiche. Esso è anche indicato nelle osteiti, nelle artriti, anche non sclerotiche, e sopratutto nella cefalea sifilitica del periodo secondario.

È ovvio che la cura dell'ioduro deve essere sempre associata a quella degli altri antisifilitici.

L'ioduro è controindicato quando esistano lesioni faringee e laringee, perchè può preparare o scatenare crisi di edema della glottide.

È controindicato quando coesistano lesioni tubercolari congestizie e nefriti acute e subacute, quantunque piccole dosi (0,50-1 gr. di ioduro di sodio) possono riuscire utili nella nefrite subacuta sifilitica e nella nefrite con amilosi.

Un'altra controindicazione è costituita dalla tendenza alle emorragie, alle eruzioni purpuriche, sopratutto all'emorragia retinica.

Nelle lesioni attive, come nell'ulcera fagedenica o infiltrata, nell'osteite e nella cefalea sifilitica occorrono larghe dosi, almeno 4 gr. al giorno. Per le lesioni sclerotiche, che richiedono un trattamento prolungato, bastano 2-4 gr. al giorno.

La cura può essere praticata a settimane alterne, a periodi alternati di 3-4 giorni, oppure per 15-20 giorni seguìti dall'interruzione di un mese.

L'ioduro è meglio tollerato quando sia preso nel latte. Si prepara una soluzione madre che contenga gr. 0,50 di ioduro per ogni cucchiaio, e se ne versano nel latte o nell'acqua zuccherata il numero di cucchiaiate corrispondenti alla dose prescritta. Oppure si può preparare una soluzione a parti eguali di acqua distillata e ioduro: ogni 20 goccie corrispondono a circa un grammo di ioduro.

L'intolleranza all'ioduro si manifesta con crisi congestizie a carico del naso, degli occhi, della pleura, delle glandole salivari e talvolta con disturbi gravi a carico dei pulmoni e dei reni. Questi fenomeni si possono in parte evitare frazionando le dosi, con il regime dietetico leggero prevalentemente latteo, con l'aggiunta al medicamento di 5 goccie di tintura di belladonna, o con 20 goccie di adrenalina prese una mezz'ora prima dell'ioduro.

L'iodio è meglio tollerato quando viene iniettato in soluzione oleosa.

Lo *zolfo* favorisce l'assorbimento e l'eliminazione dei medicamenti a base di mercurio e bismuto.

Si adopera in tutti quei casi nei quali occorre aumentare le dosi di mercurio e di bismuto, nelle forme gravi, e nelle forme (lesioni renali) nelle quali occorre agevolare l'eliminazione di medicamenti specifici.

È controindicato quando produce eczemi ed enteriti. Occorre anche tener presente che lo zolfo provocando la rapida solubilizzazione dei sali di mercurio e di bismuto insolubili, può

determinare l'avvelenamento per questi metalli.

I mezzi abituali di somministrazione sono le acque minerali solforose o le pillole contenenti gr. 0,50 di zolfo precipitato con gr. 0,10 di estratto di ratafia.

Un complemento utile del trattamento antiluetico è costituito dalle cure di *fosforo* a base di fosfuro di zinco, di acido fosforico e glicerofosfato, allo scopo di tonificare l'organismo.

Allo stesso fine si adopererà il liquore arsenicale del Fowler o le iniezioni di cacodilato di soda.

Va anche tentata l'opoterapia epatica (fegato ingerito come alimento) ed eventualmente l'opoterapia pluringlandulare.

Dr.

VASI SANGUIGNI.

Sulla patogenesi e sul trattamento della gangrena delle estremità.

(M. Breton. *Ars Medica,* n. 37, 1928).

Da qualche tempo da molti autori è stata richiamata l'attenzione sulla frequenza di lesioni arteriose sotto forma di arteriti più o meno obliteranti, come fattore patogenetico preponderante nelle gangrene. Contemporaneamente si sono perfezionati i metodi di esplorazione, in guisa da permettere più precocemente la diagnosi pre-gangrenosa e di tentare nuove norme curative.

Gangrena per embolia. In questa varietà l'arterite iniziale è eccezionale e se sopravviene è secondaria per irritazione dell'endoarteria: da ciò deriva che il trattamento, che deve essere chirurgico, deve evitare questa irritazione, intervenendo precocemente. Se non si interviene opportunamente infatti (embolectomia) il coagulo s'ingrandisce sempre più, e finisce per ostruire completamente l'albero arterioso. Se poi il coagulo si frammenta, può obliterare territori vascolari periferici, con conseguente definitiva necrosi, anche se in seguito si eseguisce l'embolectomia del tronco principale. Inoltre la parete arteriosa si altera per il contatto dell'embolo, si irrita l'endotelio e perdendo le sue proprietà fisiologiche facilita la produzione della trombosi.

Sindrome di Raynaud. Per la patogenesi si ammette l'associazione di due fattori: un'alterazione anatomica dei vasi arteriosi; una predisposizione ai fenomeni spasmodici risultante da uno squilibrio del sistema neurovegetativo.

Questa concezione patogenetica è avvalorata dal fatto che tra le etiologie accettate si osservano con più frequenza quelle che possono influire nel medesimo tempo sopra il tono neurovegetativo (per azione endocrina) e alterare le tuniche arteriose. Prototipo di esse è la sifilide.

Gangrena diabetica. Essa è determinata dall'azione di tre fattori patogenetici: umorale, tradotto dal deficit temporaneo o definitivo delle resistenze dell'organismo; settico, per quanto riguarda la pullulazione di germi patogeni, favorita dall'iperglicemia; arterioso (arterite diabetica) che compromettendo l'irrigazione nutritiva, provoca la gangrena.

L'azione simultanea di questi tre fattori o il predominio di uno di essi, spiegano le diverse modalità cliniche che si possono osservare.

Il predominio dell'infezione produce la gangrena umida; se invece prevalgono i disturbi circolatori si avrà la gangrena ischemica, simile alla senile.

Nella gangrena diabetica i disturbi circolatori sono i più frequenti, anche quando nessun disturbo funzionale li riveli. Ciò può essere confermato, adoperando il Pachon, che dimostrerà una notevole diminuzione di ampiezza oscillatoria a livello degli arti inferiori, specialmente alla periferia. Altra ricerca che può indicare l'esistenza di disturbi latenti di circolazione arteriosa nei diabetici è la radiografia, con la quale con relativa frequenza, si notano calcificazioni parziali o generalizzate.

Malattia di Buergher. Nei casi tipici trattasi di un'affezione, che dopo un periodo di latenza, più o meno lungo, dà luogo ad una tappa dolorosa, complicata da disturbi trofici, seguìti, pochi mesi dopo, dalla gangrena. L'infermo è condannato a successive mutilazioni, morendo nello spazio di 5-6 anni. Tale è il quadro delle forme, che per prime furono osservate, ma possono anche aversi quadri diversi. Così un caso osservato da Parkes-Weber durò circa 22 anni con periodi di esacerbazione, nei quali si era tentati di intervenire chirurgicamente, seguìti da lunghe fasi di remissione, durante le quali le oscillazioni, prima abolite nelle estremità, tornavano a comparire.

L'inizio della malattia è caratterizzato da uno dei suoi periodi acuti, per lesioni delle vene superficiali, che possono precedere di molti anni le lesioni apparenti delle arterie. Queste flebiti, sono simili per l'aspetto delle lesioni, a quelle che s'incontrano nelle trombosi acute arteriose. Trattasi di una arterio-flebite, a volte profonda a volte superficiale delle estremità distali degli arti, che determina, a più o meno breve scadenza, la gangrena.

Il manifestarsi della malattia quasi sempre nell'età giovane (prima dei 40 anni) non attribuibile quindi all'arteriosclerosi, fece concepire ad Oppel una patogenesi originale, nel senso cioè che questa gangrena fosse dovuta ad uno spasmo arterioso permanente, causato da un'iperadrenalinemia, dovuta a sua volta ad un iperfunzionamento delle capsule surrenali, tanto che egli propose di chiamarla « gangrena arteriosa surrenale ». Lo spasmo arterioso determinerebbe i disturbi di nutrizione della parete vascolare ed una trombosi

secondaria; per tali concetti anzi Oppel propose un metodo di cura, più sotto indicato.

In seguito però altri AA. dimostrarono che non è possibile ritrovare l'adrenalina nei vasi periferici, per cui l'iperadrenalinemia non era facilmente sostenibile. Esistono allora altri prodotti neoformati? Freund avrebbe dimostrato che nel sangue lasciato in riposo si formano precocemente delle tossine di azione ipotensiva e vaso-dilatatrice, più tardi di azione diametralmente opposta.

Krafkoff, in tutti gli stati cachettici, ha trovato un forte potere vasocostrittore del sangue, dovuto a sostanze procedenti dalla distruzione delle albumine, dimodochè, secondo lui, nelle gangrene spontanee la vasocostrizione sarebbe la causa e non l'effetto dello stato morboso.

Infine per Vaquez e Jacoel, l'arterite giovanile è una lesione dovuta a disturbi trofici di origine endocrina, e questo sarebbe spiegato dall'esito favorevole ottenuto da essi in 4 casi con il trattamento insulinico.

Trattamento. Si divide in causale e sintomatico.

Non è sempre possibile scoprire la vera causa della gangrena dalle estremità, ma quando ciò avviene, il trattamento causale deve essere il primo ad essere istituito. A capo di tutte le etiologie, si trova la sifilide e per conseguenza, una volta istituito il trattamento antisifilitico (non dimenticarlo mai nel m. di Raynaud) frequentemente si ottengono subito notevoli miglioramenti. Se però in persone di età avanzata, con sifilide confermata, l'ateromasia volgare predomina sull'arterite sifilitica, il trattamento può rimanere inattivo.

Se è in causa il diabete, occorre combattere la glicosuria e l'iperglicemia con regime appropriato e insulinoterapia, ciò che, oltre ad agire sulle lesioni in evoluzione, servirà a preparare l'infermo, nel caso si debba ulteriormente intervenire.

Un trattamento causale è possibile anche in caso di gangrena per embolia, giacchè è possibile una diagnosi precoce. (In un cardiaco, di preferenza con stenosi mitralica, può aversi all'improvviso dolore atroce, localizzato, seguìto rapidamente da impotenza dell'arto con pallore e raffreddamento progressivo della radice dell'arto; più tardi cianosi, edema e gangrena). Con l'uso del Pachon sarà facile orientarsi sulla localizzazione dell'embolo, essendo le pulsazioni conservate solo a monte di esso. In tali casi è indicata la embolectomia precoce, per prevenire o arrestare la gangrena, prima che la trombosi secondaria complichi la situazione arteriosa e che si producano le alterazioni della tunica interna.

I risultati dell'embolectomia dipendono sopratutto dalla rapidità dell'intervento: sembra infatti ormai accertato che il tempo massimo che la circolazione può essere interrotta, senza che sopraggiungano i fatti di necrosi, è di circa 7 ore.

Teoricamente si può considerare infine come trattamento causale della gangrena spontanea (m. di Buergher) la surrenalectomia, sempre che però si ammetta la teoria di Oppel dell'iperadrenalinemia, nella quale questo autore basa la patogenesi di quest'affezione. All'infuori delle cause sopramenzionate, in tutte le altre gangrene il trattamento sintomatico è l'unico possibile. Esso può essere medico, chirurgico o con mezzi fisici.

Tenendo presente la grande frequenza con cui in questi infermi si trova una ipercolesterinemia ed una ipercalcemia, saranno banditi dagli alimenti tutti i cibi ricchi in colesterina (cervello, formaggi grassi) e in calcio (legumi verdi, pere, uova). Fra i medicamenti usati va ricordato il citrato di sodio a grandi dosi per os (20 grammi).

Alcuni autori hanno avuto buoni resultati con iniezioni intravenose di soluzioni saline ipertoniche, le quali aumenterebbero la massa del sangue e la sua diluizione, ed è appunto per la diminuita viscosità e per l'effetto meccanico della maggiore quantità di sangue che si avrebbe l'effetto terapeutico.

L'insulina è stata riconosciuta utile anche nelle forme di gangrene non diabetiche, come ad es. nella m. di Buergher. Quest'affezione, secondo Oppel, sarebbe dovuta ad un'iperadrenalinemia, e poichè nel complesso delle influenze umorali, sembra accertato l'antagonismo fra pancreas e surrenali, l'ormone pancreatico servirebbe a frenare la secrezione surrenale (Oppel).

Naturalmente i migliori risultati si hanno nei casi in cui l'obliterazione arteriosa non è completa; da ciò la necessità di procedere all'esplorazione oscillometrica al minimo indizio di un'eventuale arterite. La dose di insulina varia a seconda che si tratti o no di un diabetico.

Fra i soccorsi di ordine chirurgico va ricordata la simpaticectomia periarteriosa, la surrenalectomia e l'amputazione.

La prima è raccomandabile nella sindrome di Raynaud per alleviare i dolori, nell'arterite senile — salvo alcune controindicazioni — e per migliorare le condizioni circolatorie prima dell'amputazione.

La surrenalectomia non dà quasi mai i risultati preconizzati.

Quando infine deve praticarsi l'amputazione, questa deve essere preceduta dall'insieme delle diverse prove esplorative (studio oscillometrico, prova dell'iperemia comparata, prova di Mac Clure e Audrich, lipodiagnostica arteriosa, ecc.) al fine di mutilare il meno possibile.

Tra gli agenti fisici, vanno ricordate le applicazioni di raggi ultravioletti, i bagni carbogassosi, le correnti ad alta frequenza, la diatermia e finalmente la radioterapia sostenuta specialmente dagli inglesi.

A. POZZI.

L'intervento chirurgico nella malattia di Buerger.

(LEIBOVICI. *Paris médical*, 7 luglio 1928).

In una gangrena giovanile la prima indicazione sembra essere l'intervento operatorio, con l'amputazione. Questa condotta non è sempre giustificata, perchè la malattia di Buerger non è un'arterite locale, ma una malattia generale, per cui l'amputazione può togliere quello che v'è di alterato visibilmente, ma non può impedire che la malattia segua la sua evoluzione.

Nelle arteriti senili è necessario operare precocemente, per evitare infezioni acute o assorbimento di prodotti tossici; nella malattia di Buerger la lesione è circoscritta, lo stato generale è buono, e quindi non conviene sollecitare un intervento, il quale s'impone allorchè la gangrena progredisce ed i dolori sono intensissimi. Tuttavia il riposo dell'arto ed una buona medicatura facilmente possono far sparire i dolori atroci.

Pertanto l'A. consiglia di attendere, prima d'intervenire, che si sia stabilita la linea di demarcazione della parte necrosata; tale attesa serve inoltre per un certo giudizio diagnostico, in quanto una gangrena che si circoscrive è meno pericolosa di quella in cui l'alterazione si diffonde in alto o all'altro arto; in questo caso l'obliterazione del vaso è molto estesa.

L'amputazione va fatta in alto o in basso secondo i casi; quella alta se facilita la cicatrizzazione, non è priva di complicanze; quella bassa può talora essere più favorevole per una guarigione.

Ma essendo la malattia di Buerger una alterazione generale ancora non molto chiara, è evidente che l'esito d'un intervento dipende dalle condizioni del paziente e dallo stato delle arterie. CARUSI.

La prova di Aldrich e McClure nei disturbi locali delle arteriti obliteranti.

(J. HEIZ P. L. VIOLLE. *Archives des maladies du coeur, ecc.*, sett. 1928).

Aldrich e McClure, allo scopo di apprezzare la capacità di assorbimento dei tessuti, hanno proposto di misurare il tempo che impiegano ad essere assorbiti 2/10 di cmc. di soluzione salina all'8 ‰ iniettati nel derma. Si usa un ago molto fino e si deve formare una papula nettamente limitata, di un bianco-neve. Essa scompare in un'ora circa nei sani. Nei nefritici edematosi e nei malati con stasi circolatoria impiega meno tempo, 10-15 minuti ed anche meno. Il tempo di assorbimento è altresì abbreviato nelle arteriti obliteranti.

Dalle osservazioni fatte dagli AA. su 22 malati, di cui riportano le storie, risulta che una riduzione pronunciata del tempo di assorbimento (p. es., al disotto di 20 minuti) corrisponde ad una lesione almeno stenosante dei tronchi arteriosi. Nei tessuti in esame, però, non deve esservi traccia di edema.

La riduzione del tempo di assorbimento negli arti edematosi è stata considerata come secondaria a modificazioni degli equilibri umorali. Non vi debbono però essere estranee alcune condizioni meccaniche, quali la stasi circolatoria. Nei casi di arteriti obliteranti, il disturbo umorale non è sempre dimostrabile ed è probabilmente limitato ai tessuti locali.

La prova ha un valore diagnostico analogo a quello dell'oscillometria (che però ha il vantaggio di essere più rapida) ed ha un valore superiore ad essa nei disturbi della circolazione arteriolare (sindrome di Raynaud).

Ha inoltre un valore pronostico, indicando, con l'abbreviamento del tempo, che i tessuti sono compromessi nella loro vitalità. *fil.*

Raro caso di gangrena post-difterica degli arti inferiori.

(A. LUSA. *Il Valsalva*, anno V, febb. 1929, n. 2).

Bambina di 4 anni che in seguito a difterite delle fauci viene improvvisamente colpita da forte dolore all'arto inferiore sinistro, con aspetto pallido prima, rosso bluastro poi del medesimo. Scomparsa delle pulsazioni arteriose, della motilità, dei riflessi. Contemporaneamente le condizioni dell'inferma si aggravano. L'arto gangrenoso viene amputato. L'atto operativo è seguito da una miglioria generale dell'ammalata. Qualche tempo dopo compare paralisi del velopendolo e del braccio destro, gangrena dell'arto inferiore destro, peggioramento generale, morte.

La gangrena degli arti viene spiegata con embolia vasale per emboli partiti dall'endocardio; la paralisi del braccio destro, come quella del velopendolo, va spiegata con nevriti. A. P.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

L. SCHÖNBAUER. *Konservative Frakturenbehandlung.* Un vol. di pagg. 216 con 119 fig. J. Springer, Wien, 1928.

Basandosi sulla rilevante casistica dei primi 15 anni di attività del reparto traumatologico della 1ª Clinica chirurgica di Vienna, l'A. descrive i metodi che in quella sezione, sotto la direzione del prof. Eiselsberg, si sono venuti elaborando, per la cura incruenta delle fratture. Il valore del libro non è tuttavia soltanto in ciò che in esso v'è di dati statistici e di esperienza personale; ma i vari provvedimenti terapeutici descritti trovano ampia giustificazione nelle notizie di clinica, di fisiologia e di meccanica che vengono premesse in una completa e chiara, sebbene sintetica visione, alle parti riguardanti la cura.

L'opera comprende una parte generale ed una speciale: entrambe sono ampiamente illustrate con riproduzioni di radiografie, di sistemi per l'estensione continua (vedi specialmente il dispositivo universale modello Clinica Eiselsberg), di bendaggi gessati. Le notizie di tecnica sono precise e assai particolareggiate. Interessanti i dati che si riferiscono agli esiti a distanza.

E. VENEZIAN.

G. PORTMANN-P. LEDUC. *L'anésthésie loco-régionale etc. en Chirurgie cervico-faciale.* C. Doin, Parigi, 1928.

Trattato scritto con intendimenti eminentemente pratici con lo scopo di fornire una guida sicura e precisa, scevra da considerazioni troppo teoriche.

Anche da una rapida scorsa si deve convenire con gli AA. che è un libro vissuto e che l'esposizione della materia è semplice e proficua.

Dapprima sono ricordati i principii generali dell'anestesia loco-regionale. Vi sono raccolte indicazioni minute sullo strumentario e sul modo migliore di usarlo. Segue una esposizione dei procedimenti migliori, secondo gli AA., per l'anestesia dei vari organi.

Dopo brevi ricordi anatomici della regione per quanto riguarda l'innervazione, è descritta con i più minuti particolari la tecnica per ciascuna operazione.

Di speciale interesse per il chirurgo la parte che riguarda l'anestesia delle operazioni sulla faccia e sul collo. Il libro è arricchito da molte figure e schemi.

V. GHIRON.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

OUDARD, HESNARD e COUREAUD. *Le diagnostic dans les affections de la colonne vertebrale chez l'adulte.* Vol. di 256 pag. con 75 fig. Masson, Paris, 1929. Fr. 36.

La diagnostica delle affezioni della colonna vertebrale è particolarmente difficile, e solo un esame effettuato con metodo può permettere, nella maggior parte dei casi, una diagnosi precisa.

Gli AA. quindi, mettendo da parte i grandi traumatismi vertebrali facili ad essere riconosciuti, si sono in special modo preoccupati di mettere in evidenza le lesioni, che pur non dando una vasta sintomatologia, sono tuttavia di prognosi sempre grave. Essi mostrano come, in tutti i casi, bisogna esaminare il rachide sia dal punto di vista morfologico che fisiologico, analizzare i segni osservati, insistere sulle circostanze che hanno rivelato o provocato l'affezione, il modo d'insorgenza, ecc.

In tal modo, partendo dall'esame della colonna vertebrale normale, gli AA. arrivano alle deformazioni patologiche e poichè la semeiologia del midollo non può essere separata da qualsiasi affezione cronica dell'astuccio osseo che lo circonda, le sindromi di compressioni midollari e radicolari, sono oggetto di un interessante capitolo.

Con uguale chiarezza e abbondanza di dettagli sono descritte tutte le altre affezioni della colonna vertebrale.

L'edizione è molto curata, in special modo la parte illustrativa, che spesso da sola riesce superiore a qualsiasi descrizione.

A. POZZI.

R. CALVANICO. *Il cancro mammario.* Vol. in grande formato di circa pagg. 200 con 28 tav. fuori testo. Edit. « Il bello studio », Roma, 1928. L. 90.

L'A. tratta alcuni aspetti tecnici inerenti al cancro della mammella, studiati sulla scorta di questioni patogenetiche e anatomo-patologiche, che, ancor dibattute, egli ha esaurientemente discusse. La minuziosa indagine, di evidente interesse clinico, è quindi diretta allo studio di un importante capitolo della patologia chirurgica, quale è quello del cancro mammario, specialmente in rapporto alla struttura, alla funzione, alle connessioni biologiche della mammella. Il Calvanico, per non dilagare nella incommensurabile questione dell'etiologia e per essersi proposto un compito specificamente delimitato nel titolo dell'opera, iniziando il suo dire con la esposizione in breve capitolo della dottrina del Roncali sulla etiologia parassitaria del cancro, e sulla maniera di costituirsi delle metastasi, ha inteso stabilire una leale premessa informativa che rappresenta solo la sintesi della sua convinzione clinica, sperimentale e critica.

Scopo precipuo del lavoro è lo studio dei fatti patogenetici ed anatomo-patologici che devono informare la cura chirurgica del cancro mammario.

La discussione, clinica ed istologica, lumeggia perciò nei suoi dettagli il fenomeno della retrazione del capezzolo. Sono importanti e degne di particolare rilievo tra le tavole, quelle che riflettono gli schemi della circolazione linfatica, e le microfotografie dei tipi di infiltrazione, massiva e dispersa.

Il Calvanico dissente dall'Handley nella interpretazione delle vie linfatiche che maggiormente vengono interessate nella diffusione, riproduzione e generalizzazione del cancro mammario; mentre per l'Handley la disseminazione si compie specialmente in dipendenza della circolazione linfatica profonda, che interessa i piani aponevrotici, egli invece attribuisce la maggiore importanza alla circolazione linfatica dei piani cutanei, criterio su cui si fonda il metodo operativo di Tansini, in contrapposizione del metodo operativo dello stesso Handley.

L'A. ritiene che sia possibile stabilire un indice biologico della malignità del cancro, rappresentato dalla varietà istologica del neoplasma e dai rapporti dei suoi elementi con i tessuti nei quali il processo si svolge.

Logicamente fedele a queste premesse, e specialmente al criterio della diffusione, lo studio della tecnica operativa si limita alla descrizione e discussione dei metodi Handley e Tansini, illustrati anche con nitide tavole, nelle quali non sono dimenticati i procedimenti di altri autori, procedimenti che in fondo non rappresentano che delle semplificazioni dei due metodi principali. Naturalmente la scelta del metodo operativo deve essere subordinata a diversi fattori e specialmente al concetto biologico, che l'A. ha inteso interpretare tentando di stabilire, sulle basi anatomo-patologiche, le meglio note per ora, il criterio dell'indice di malignità.

La pregevole monografia, presentata in bella veste e scritta con eleganza stilistica, rappresenta lo studio più organico e completo che finora sia apparso sul difficile e complesso argomento del cancro mammario.

A. P.

L. JACQUEMART e CH. PFEIFFER. *Tréponème et néoplasmes.* Un vol. in-8° di 168 pag. N. Maloine ed., Paris.

La tesi sostenuta dagli AA. è indubbiamente molto ardita. Tutti i tumori dell'uomo, cancerosi o non, benigni o non, sono dovuti alla sifilide, la quale è tanto più cancerigna quanto più è vecchia; i cancri non sarebbero che delle sifilidi quaternarie. La sifilide vecchia sarebbe dovuta a treponemi sporulati, invisibili (ultravirus) ed insensibili ai medicamenti treponemicidi; essi infetterebbero la cellula, che diventerebbe così cancerosa.

La sifilide spiegherebbe le famiglie cancerose, i focolai di cancro, ecc. e la lotta contro il cancro dovrebbe quindi ridursi a quella antisifilitica.

Il lavoro degli AA. è accompagnato da 130 osservazioni ed è, ad un tempo, clinico e critico.

Quid veritas?

fil.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche.

Seduta dell'8 febbraio 1929.
Presidente: Prof. R. GALEAZZI.

Cellule mesenchimali indifferenziate del tessuto connettivo adulto.

Prof. BRUNI A. C. — L'O. conferma le vedute di Maximow, secondo le quali i linfociti sono da considerare come elementi, che per la loro potenzialità di evoluzione equivalgono a cellule mesenchimali indifferenziate; inoltre porta alcuni dati, tendenti a dimostrare che i fibrociti rappresentano l'endoplasma indifferenziato di cellule del mesenchima, il cui ectoplasma ha prodotto le fibrille della sostanza intercellulare, e ritiene che, per questa ragione, i fibrociti stessi si comportino come le ipotetiche cellule mesenchimali indifferenziate del connettivo adulto delle quali, secondo Maximow, una parte è morfologicamente identica ai fibrociti.

Comportamento dei bacilli della tubercolosi nella prima infezione e nella reinfezione.

Dott. RICCARDO SEGRE. — L'O. si è occupato in un esteso lavoro precedente, in collaborazione col prof. A. C. Bruni del modo di comportarsi delle cellule di fronte al bacillo di Koch, avendo particolare riguardo per gli stadi più precoci.

Nel presente lavoro, si occupa del modo di comportarsi del bacillo di Koch di fronte alle reazioni dell'organismo.

Nel caso della prima infezione, ha potuto constatare che nell'omento, già dopo 49 ore, i bacilli assumono per la massima parte un aspetto granuloso, evidentemente dovuto a fenomeni regressivi del bacillo stesso.

Dopo 5 giorni, nel rene e nel tessuto linfoide dell'intestino, potè osservare che i bacilli avevano completamente cangiato di aspetto, e che si erano fatti allungati, sottili, ondulati come filamentosi, e quello che è più interessante, mentre nello stadio precedente, i bacilli apparivano solidamente trattenuti entro le barriere di reazione cellulare, questi nuovi bacilli, appaiono improvvisamente al di fuori di ogni barriera difensiva, come se tutto ad un tratto, per essi, fosse divenuta incapace la difesa che efficacemente racchiudeva i bacilli dello stadio precedente. Da questo momento incomincia la fase specifica del-

la reazione, che si direbbe quindi diretta contro questo nuovo tipo di bacilli. Reperti analoghi vennero osservati in altri organi.

Tali osservazioni, confermano le ricerche di Töppich e di Gromelski circa la mutata morfologia dei bacilli, osservata da questi AA. nel polmone e nell'omento.

L'O. non potè assolutamente confermare la veduta di Töppich circa uno stato di invisibilità dei bacilli tra l'uno e l'altro stadio.

Nella reinfezione, tutti i fenomeni a carico dei bacilli, si osservano con molto maggiore rapidità, (anche dopo un'ora ed un quarto si potè osservare lo stadio granuloso); ed i bacilli, appaiono già in qualche caso alterati, prima ancorchè si osservano delle reazioni cellulari, segno evidente, che qui, essi vengono verosimilmente intaccati ad opera della difesa umorale.

Seduta del 23 febbraio 1929.

Lesione della branca destra del fascio di His diagnosticata elettrocardiograficamente e controllata all'esame anatomico.

Dott. Agostoni. — L'O. avendo avuto l'opportunità di constatare durante la vita, mediante elettrocardiogramma, una lesione della branca destra del fascio di His e di averlo poi potuto verificare all'esame istopatologico, presenta i dati clinici elettrocardiografici ed anatomici del caso: Giovanotto di 26 anni, con anamnesi pressochè muta, che da qualche mese lamentava disturbi a carico dell'apparato circolatorio. Obiettivamente: cianosi, dispnea, tachicardia, aritmia, ipotensione (Mx 110, mn. 75), cuore bovino, ritmo di galoppo, rumore diastolico medio sternale da insufficienza della polmonare.

Epatomegalia. Edemi agli arti.

Wassermann: negativa. Albumina nelle urine.

Radioscopicamente: Silhouette di cuore fortemente dilatato, netto segno della danza ilare di Pezzi.

Elettrocardiograficamente: lesione stabile e permanente della branca destra del fascio di His.

Un trauma accidentale portò rapidamente a morte l'a. L'esame istopatologico del fascio di His e diramazioni fatto in sezioni seriate, portava a rilevare in una di esse, e che l'O. presenta, nette interruzioni per travate connettivali, della branca destra appena sotto la biforcazione del tronco del fascio di His.

L'O. insiste sull'importanza di tale raro reperto pel significato diagnostico dell'elettrocardiogramma nelle lesioni delle branche del fascio di His, significato che all'inizio riposava esclusivamente nell'elettrocardiogramma sperimentale.

Le alterazioni delle vertebre lombosacrali nella scoliosi (2° contributo).

Dott. S. Albanese. — Dopo la prima comunicazione sull'argomento, fatta al Congresso di Ortopedia del 1927, l'O. ha potuto studiare nell'Istituto dei Rachitici di Milano, oltre 155 casi di scoliosi, fra le quali ha rilevato: sacralizzazione 5, L. n. 22 (unilaterali 14, bilaterali 8); rachischisi sacrale n. 7; rachischisi e sacralizzazione n. 4; deformità varie e complesse n. 8; V. L. soprannumerarie, alterata ed asimmetrica, n. 1; lombalizzazione 1° metamero sacrale n. 1; alterazioni del tratto lombo-sacrale e di altri segmenti della C. V. n. 7.

Questo secondo studio ha permesso all'O. di fare i seguenti rilievi:

1) elevare la percentuale di scoliosi da alterazioni delle vertebre lombo-sacrali almeno al 30 per cento;

2) richiamare l'attenzione su alcuni caratteri clinici, propri di queste scoliosi;

3) riconfermare il meccanismo di produzione, già esposto nella prima comunicazione;

4) mettere meglio in evidenza lo sbandamento laterale primitivo del c. v. che si può rilevare e studiare meglio nei bambini con scoliosi iniziale.

Seduta dell'8 marzo 1929.

La vaccinazione dei bachi da seta.

Domenico Carbone e Elena Fortuna. — A mezzo dei vaccini mono e polivalenti, contenenti tutta la flora microbica della flaccidezza e risp. del giallume, gli OO. vaccinarono i bachi da seta, sia soltanto *per os* od anche per via cutanea.

A differenza dei controlli non vaccinati ma tenuti nelle identiche condizioni, si osservò nei bachi sottoposti alla vaccinazione una minore mortalità ed un aspetto più florido. I migliori risultati si ebbero praticando la vaccinazione in tutte l'età; più modesti essi furono con la vaccinazione fatta solo nell'età che precedettero la quinta età, meno buoni ancora vaccinando esclusivamente nella quinta età.

Per i vaccini monovalenti fu registrato un certo grado di specificità.

Duplice uretere bilaterale in una bambina.

Dott. P. Pattarin. — L'O. riferisce intorno al caso da lui osservato, dove da ciascun rene e nettamente distinto, partivano due ureteri, che traevano origine da due bacinetti, formati rispettivamente da due calici il superiore, e da tre l'inferiore, e che dopo aver incrociato in modo anomalo il peduncolo renale ed i vasi iliaci, sboccavano separatamente in vescica, con orifici uretrali ben distinti. Riferisce intorno all'interpretazione di tale anomalia e per la casistica un fatto simile fu osservato solo una volta, sopra tremila casi di operazioni renali fatte nella Mayo Clinic.

Il Segretario: Ettorre.

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta dell'8 febbraio 1929.

Presidente: Prof. Dionisio.

Il reflesso del muscolo « orbicularis oculi ».

Prof. Lugaro. — L'O. si limita a considerare un riflesso che si manifesta nei muscoli orbicolari degli occhi che si provoca percotendo le zone frontali, le malari, le nasali ed anche quella temporale, od il vertice o il mento. Egli ritiene che il reflesso sia suscitato da uno scuotimento trasmesso dalle ossa anche a notevole di-

stanza e che quando si percuote da un lato del tutto anestetico della faccia, gli stimoli meccanici siano sentiti dal lato sano colla stimolazione delle terminazioni periferiche per il senso muscolare. Da questo stimolo nascerebbe il riflesso, che può essere bilaterale perchè i muscoli orbicolari dei due occhi agiscono di solito sinergicamente. E poichè i riflessi proprii dei muscoli orbicolari delle palpebre primeggiano di gran lunga su tutti gli altri muscoli, così la scossa cranica suscita un riflesso orbicolare e una scossa negli altri muscoli della faccia.

Risalendo dal caso particolare alle leggi generali di reflessi propri dei muscoli trae altre deduzioni generali.

1) I colpi sulle ossa e sul periostio non hanno un'azione reflessogena propria ma agiscono a distanza determinando distensioni o scosse meccaniche nei muscoli e stimolandovi le terminazioni di senso muscolare.

2) Il campo di azione d'un reflesso proprio dei muscoli non è necessariamente ed esclusivamente unilaterale.

Congiuntivite primaverile.

Dott. GUERRA. — Ha osservato nella Clinica Oculistica sette casi di congiuntivite primaverile. Dallo studio di questi casi l'O. trae le seguenti conclusioni:

1) Non è stato possibile dimostrare la natura allergica della malattia.

2) In seguito alle prove farmacologiche eseguite ed ai risultati degli esami clinici, l'O. ha trovato che in questi malati prevale la sindrome vagotonica da insufficenza surrenale. Come in questa costituzione vagotonica possa svolgersi la sindrome clinica della congiuntivite primaverile non è possibile precisare.

In seguito alla cura adrenalinica secondo il metodo di Tessier, ottenne la completa scomparsa delle alterazioni lombari e corneali e talora anche di quelle tarsee; i sintomi soggettivi cessavano già alle prime iniezioni.

Ancora sulla impregnazione della microglia col nitrato di argento ammoniacale.

Prof. D. BOLSI. — Con questo metodo di colorazione della microglia ideato due anni fa dall'O. ha potuto seguire la formazione delle cellule a bastoncello e dei corpi granulo-adiposi nel cervello dei conigli sottoposti a lesioni diverse.

Egli propone al suo metodo lievi modifiche che gli sono state suggerite dal lungo uso del metodo, già favorevolmente sperimentato anche da altri ricercatori.

Sull'azione della enervazione della decorticazione periarteriosa e della decapsulazione sulla funzione renale.

Prof. DOGLIOTTI e Dott. MAIRANO. — Le ricerche vennero eseguite sui cani; negli animali sottoposti ad esperimento venne prima dell'intervento, determinata la funzione escretoria dei reni; queste prove preventive vennero in ogni caso ripetute due o tre volte a distanza di alcuni giorni.

Furono osservate delle notevoli variazioni funzionali e del contenuto di urea del sangue durante queste prove.

Stabilita la funzionalità renale in un primo lotto di cani fu praticata l'enervazione totale del peduncolo renale mediante sezione chirurgica dei numerosi tronchi nervosi del plesso renale. In un secondo gruppo venne isolato il tronco comune dell'arteria renale ed esciso per un tratto di uno o due cm. l'avventizia dell'arteria stessa. Nel terzo gruppo venne eseguita la semplice decapsulazione del rene.

Dopo l'enervazione notarono costantemente una sensibile diminuzione globale della funzionalità renale, del potere di concentrazione ed eliminazione dell'urea e talora insufficente o mancante la poliuria di compenso, aumentato il tasso ureico del sangue sia prima che dopo la fleboclisi (200 gr. di soluz. fisiologica con aggiunta di 3 cmc. di urea).

Dopo la decorticazione limitata dell'arteria renale si hanno dei risultati analoghi a quelli osservati dopo la decapsulazione del rene e cioè:

1) costante abbassamento del tasso ureico del sangue a partire dal 10° giorno;

2) aumento sensibile della quantità di urina eliminata che non era accompagnata a sensibile diminuzione della concentrazione di urea;

3) non si potè dimostrare se vi sia stato aumento o diminuzione di eliminazione dei cloruri.

Gli OO. cercano di interpretare i fatti fondamentali osservati nei singoli gruppi d'esperimento. Con la enervazione totale del peduncolo renale ritengono che si porti un sicuro danno al rene perchè il sistema nervoso renale ha una parte importante nella regolare funzione dell'organo. L'enervazione potrà essere mantenuta con indicazione assai limitata nella chirurgia renale, sempre che si abbia la certezza di una buona funzione renale.

Colla decorticazione periarteriosa non si portano danni sensibili locali e con un meccanismo riflesso si determina anzi un'esaltazione degli eccitamenti trofici ed un'attivazione circolatoria in tutto il territorio di vascolarizzazione dell'arteria interessata ed anche in territori limitrofi.

Colla decapsulazione del rene gli OO. ritengono, anche per recenti risultati sperimentali condotti da altri autori, che si porti sul rene uno stimolo fondamentalmente nervoso e sotto molti aspetti comparabile a quello portato da una simpaticectomia circoscritta.

Il Segretario: VILLATA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Emorragie in gravidanza.

Si possono raggruppare, secondo E. A. Koch (*Münch. med. Woch.*, 16 nov. 1928) nelle seguenti due classi:

1) emorragie causate da stati patologici dell'uovo e dei suoi annessi;

2) emorragie causate da altri stati patologici nell'organismo della donna.

Al primo gruppo appartiene: la minaccia di aborto e la gravidanza extrauterina.

La minaccia d'aborto può esser dovuta a malattie del feto: infettive (sifilide, tifo, tubercolosi, ecc.), o tossiche (avvelenamento da ossido di carbonio, cloroformio, fosforo, sublimato, ecc.), oppure a malattie degli annessi: cordone ombelicale (torsione, inserzione velamentosa, eccessiva brevità o lunghezza), amnios (idramnios, rottura delle membrane), corion e placenta (mola vescicolare, distacco prematuro, infarto, placenta previa); oppure a malattie materne: genitali (endometrite, carcinoma, miomi, tubercolosi, malformazioni), organiche (ileo, appendicite, colelitiasi, nefrite e pielite, cardiopatie, polmonite, anemia perniciosa, malattie infettive, endocrinopatie, diabete, intossicazioni, ecc.), traumi, alterazioni costituzionali.

Il distacco precoce della placenta è una delle cause più comuni dell'aborto, in relazione a malattie infettive, renali, cardiache, a tossicosi, ecc. A gravidanza avanzata lo produce in genere un trauma.

L'infarto bianco della placenta esercita un influsso deleterio sullo sviluppo del feto, e i processi endoangioitici che l'accompagnano ostacolano il ricambio organico e dei gaz tra la madre e il prodotto del concepimento, provocandone la morte.

La gravidanza extrauterina provoca per lo più gravi emorragie interne, ma non è raro il caso che si abbiano anche piccole emorragie esterne, senza che la donna avverta dolori apprezzabili, e questi sono i casi che inducono il più sovente a notevoli errori diagnostici.

Il trattamento della minaccia d'aborto si fonda sopratutto sul riposo rigoroso, che deve essere protratto per 1-2 settimane dopo la cessazione del sangue, con somministrazione contemporanea di oppiacei, eventualmente uniti a estratto di viburnum (tint. d'oppio 10, estratto fluido di viburnum prunifolium 20-30 gocce più volte al dì). Non vi è bisogno di ricorrere a trattamento locale (tamponamento); l'intestino sarà evacuato con lavande.

L'aborto abituale richiede invece un trattamento profilattico (raschiamenti, operazioni, raddrizzamenti dell'utero con pessari, ecc.). Si penserà poi, nella prematurità abituale, alla lues. Lo iodo sembra avere benefico influsso anche nell'aborto indipendente dalla lues.

È poi da rammentare come nei primi mesi della gravidanza possano aversi delle emorragie, sul tipo di quelle mestruali, senza che abbia a trattarsi di aborto. La loro causa non è ben conosciuta, e si discute se si tratti di ulteriori ovulazioni, o di alterazioni delle secrezioni interne.

Il distacco precoce della placenta, se accompagnato da emorragia grave, è di competenza chirurgica, e spesso richiede l'intervento (taglio cesareo). Lo stesso vale per la placenta previa, la mola vescicolare, e la gravidanza extrauterina.

Al secondo grande gruppo di emorragie appartengono, come si è detto, quelle dipendenti da altri stati morbosi nell'organismo della donna. Possono infatti causarle: malattie della vulva e della vagina (varici, colpite granulosa), del collo (erosioni, polipi, carcinomi), del cavo uterino (miomi, flogosi batteriche della decidua, idrorrea amniale dell'utero gravido). Ognuna di queste evenienze, naturalmente, richiede la cura appropriata.

M. FABERI.

Leucemia e gravidanza.

Neuman si occupa in un suo studio (*Zeitsch. f. Geburtsch u. Gynaekol.*, 1929, n. 2) dei rapporti che corrono tra leucemia e gravidanza.

La gravidanza non è compatibile con la leucemia linfatica cronica.

Solo durante i primi due anni di malattia una donna affetta da leucemia mieloide cronica può condurre a termine una gravidanza e partorire senza pericolo di vita: però di fronte a tale affezione è sempre consigliabile l'interruzione della gravidanza e la sterilizzazione della donna.

Si è creduto finora necessario procedere all'interruzione di gravidanza nelle donne affette da leucemia acuta mieloide o linfoide; ma la gravità e il decorso rapido del morbo rendono assai pericoloso ogni atto operativo e si ricorrerà perciò a tale intervento solo in gravidanza assai avanzata quando vi sia probabilità di salvare almeno il feto. VICENTINI.

La lattosuria nelle donne che allattano.

Si sa da molti anni, osserva A. Castellani (*The Journal of the Amer. Medic. Association*, n. 22, 1928), che nelle urine delle donne che allattano si trova una sostanza che riduce il Fehling e passa per lattosio.

A conferma di tale ipotesi l'A. ha, colla sua solita genialità, ideato un semplice e pratico

mezzo d'indagine che permette di fare la diagnosi della presenza di lattosio con una sicurezza assai superiore a quella di ogni altro metodo.

L'urina è raccolta in un recipiente pulito, meglio se sterile: può tenersi in ghiacciaia anche 2 giorni, se non la si esamina subito.

Una parte è bollita per 2 minuti, indi divisa entro due tubi di fermentazione: nel 1° di questi si aggiungono due ansate di una coltura in agar di B. coli, nel 2° due ansate di B. paratyphosus B. Si pone il tutto in termostato per 12-24 ore, indi si leggono i risultati.

Se il tubo 1° (B. coli) presenta tracce di fermentazione e il tubo 2° (B. paratyphosus B) non le presenta, vuol dire che l'urina contiene lattosio.

La spiegazione è la seguente:

B. coli e B. paratyphosus B fermentano gli stessi zuccheri, destrosio, levulosio, maltosio, galattosio e pentosio, meno uno, il lattosio, che è fermentato dal B. coli e non dal B. paratyphosus B. Se perciò uno zucchero che riduce il Fehling è fermentato dal B. coli e non dal B. paratyphosus B nei 2 tubi di fermentazione, se ne deduce che esso è il lattosio.

Usando tale metodo, il Castellani ha trovato sostanze riducenti il Fehling nelle urine di 12 donne allattanti: la reazione era leggera e scompariva dopo pochi giorni.

Il metodo batterico dimostrò trattarsi sempre di lattosio.

V. SERRA.

TERAPIA.

La tonsillectomia nell'artrite cronica.

In un notevole numero di casi di artrite cronica sarebbe possibile, secondo M. R. Pavey Smith (*The Lancet*, 26 genn. 1925), rinvenire focolai d'infezione tonsillare, come pure se ne troverebbero in casi di artrite infettiva cronica e di fibrosite.

Facendo la ricerca di tale focolaio, è necessario porre speciale attenzione all'aspetto della tonsilla (colore, contenuto delle cripte), alla estensione del focolaio stesso, all'anamnesi, e all'eventuale cointeressamento delle ghiandole linfatiche. Se infatti qualcuno di tali dati può essere negativo anche in un processo morboso della tonsilla in piena attività, l'assenza di tutti e cinque fa escludere che si deva annettere qualsiasi importanza alla tonsillite.

La tonsilla della tonsillite cronica, non associata ad infezione sistemica di altri apparati, come è nel nostro caso, non presenta però segni fisici o batteriologici che permettano di distinguerla dalla tonsilla con focolai, punti di partenza di affezioni artritiche.

Tutti tali fatti devono essere ben ponderati prima di decidersi a praticare la tonsillectomia.

Se poi dall'anamnesi resulterà che la tonsillite ha provocato l'insorgenza o la ricomparsa di fatti artritici, la sua importanza sarà maggiore se l'artrite si presenterà di tipo infettivo, piuttosto che in forma di reumatismo subacuto.

Tanto l'età del soggetto che la durata della malattia hanno pochissima influenza sulla prognosi dell'operazione, per quanto possa essere più favorevole in rapporto all'età giovane del soggetto e al recente inizio della forma morbosa.

Le ricerche batteriologiche in proposito non sono decisive, ma vi è molta probabilità che lo streptococco viridans abbia grande importanza etiologica.

I resultati operatori, in ogni modo, sono così soddisfacenti che l'operazione dovrebbe rappresentare il trattamento ordinario, se non altro allo scopo profilattico di evitare le ricadute e la probabile endocardite.

In complesso, si può calcolare che la tonsillectomia, se veramente esistono rapporti tra le tonsille e l'artrite focale cronica, dà il miglioramento nell'80 % dei casi.

M. FABERI.

Sulla cura dei malati di carcinoma inoperabile.

R. B. Wild (*The Lancet*, n. 5491, 1928) non discute i metodi di cura specifica del carcinoma, ma la maniera di lenire le sofferenze del malato, di prolungare e di rendere sopportabile la sua vita.

Anzitutto molta importanza ha lo stato mentale del malato, ed anzi l'A. pensa che, tranne il caso in cui sia proprio necessario, è sempre bene non far sapere mai al malato l'esatta diagnosi. Se invece il malato sa già di esser affetto da tale malattia, occorre confortarlo, facendogli sempre sperare la possibilità di una guarigione.

Del resto, per quanto rarissimamente, si sono avuti casi di carcinoma inguaribile, i quali dopo un lungo periodo di tempo sono venuti a guarigione. È pure importante tener conto dello stato generale del malato. La cachessia carcinomatosa deve essere curata consigliando una vita all'aria aperta, la somministrazione di tonici e l'uso dell'alcool, che ha effetto di un agente euforico ed è subito assimilato senza digestione. La cura locale delle superfici ulcerate con un antisettico poco irritante (acido borico, H_2O_2) ha grande influenza sullo stato generale.

La cura sintomatica richiede principalmente l'uso dei narcotici, ma poichè in genere la cura si protrae a lungo è bene limitarsi in principio all'aspirina, al piramidone, alla fenacetina e solo nell'ultimo stadio si ricorrerà all'oppio e alla morfina.

Secondo l'A. la dose di morfina sufficiente è quella che procura al malato un sonno continuato di 5-6 ore, che gli permette di mangiare e che rende il dolore sopportabile.

D'altra parte il reperto di pupille miotiche, indicherà che la dose è troppo alta.

I malati con carcinoma della bocca soffrono molto per la ipersecrezione di saliva. In que-

sti casi sono da raccomandarsi gargarismi con acido borico, clorato di potassio e, come rimedio interno, la belladonna. Se esiste una superficie largamente ulcerata, potrà essere trattata con una soluzione di percloruro di ferro.

Infine l'A. consiglia al medico di non dire mai nè al malato nè ai suoi parenti che non vi è alcun rimedio, perchè qualche solliévo può essere sempre dato. MOOR.

Quale deve essere la cura del cancro della mammella ?

La cura può essere chirurgica, radio- o radium-terapica. Bérard (*Strasbourg méd.*, 5 aprile 1928) dice che la cura chirurgica dà in media il 35 % di guarigioni mantenute ancora dopo 2 anni, e il 25 % dopo 5 anni. Vi sarebbe sempre il massimo interesse a fare precedere e seguire l'operazione da una radioterapia metodica, dividendo tutta la porzione antero-laterale del torace in cinque campi: mammario, perimammari, ascellare, sottoclavicolare; usando delle intensità medie e delle sedute multiple.

La radioterapia preoperatoria sarebbe la più efficace per la sterilizzazione del tumore e dei suoi linfatici.

Le recidive si devono trattare come le lesioni primitive.

L. TONELLI.

Quando conviene operare i bambini.

Sembra superfluo interessarsi dell'argomento, in quanto un'operazione è in rapporto spesso con le necessità che impongono l'intervento.

Tuttavia vi sono delle affezioni che necessitano d'un intervento appena dopo la nascita, come l'ano imperforato e l'onfalocele, con una membrana amniotica che lascia trasparire fegato e intestino; ed altre in cui la precocità dell'intervento è suggerita dai disturbi gravi degli infermi. Così nella stenosi ipertrofica del piloro, ribelle ai medicamenti, e con gravi disturbi dell'infermo; così nelle invaginazioni intestinali, in cui si hanno feci sanguinolente e dolori.

Nelle altre affezioni, in cui non vi sia un'indicazione d'urgenza, il Martin (*Sém. des Hôp. de Paris*, 31 gennaio 1928) suggerisce l'epoca in cui conviene operare per alcune affezioni.

L'ernia nei lattanti, per persistenza del canale peritoneo-vaginale, non va operata, perchè l'applicazione d'un cinto può facilitare la chiusura del canale; se al terzo anno esiste ancora, si opererà.

L'ernia permanente ma riducibile e l'ernia irriducibile, con frequenti strozzamenti, si opereranno verso il primo anno; l'ernia ombelicale sarà curata con applicazione di cinto, e se non sparisce si interverrà al 5°-6° anno.

Per l'ectopia testicolare inguinale od iliaca si interverrà al 6° anno; se il testicolo ectopico tende ad abbassarsi, si attenderà per operare fino a 10 anni.

L'idrocele si opererà dopo il 2° anno, e così le cisti del cordone.

Le fimosi, se dànno luogo a facili infiammazioni, si operano entro l'anno; l'ipospadia si opera dopo il 10° anno.

Il labbro leporino va operato entro il primo semestre; le lussazioni congenite dell'anca dopo il secondo anno; nei piedi torti si procederà cautamente, ma precocemente col raddrizzamento, e solo dopo un anno si interverrà chirurgicamente.

Il piede paralitico sarà curato con trattamento medico; l'intervento chirurgico si farà dopo il 12° anno.

CARUSI.

VARIA.

Alberi da frutta.

Che cosa rappresenti la frutta nell'alimentazione umana è ben noto. Seconda lo sviluppo, integra la nutrizione, agevola la digestione, favorisce la defecazione.

È oramai oziosa la quistione se l'uomo sia un animale carnivoro o frugivoro. È l'uno e l'altro. L'uomo ha superata la specializzazione alimentare: è onnivoro. L'alimentazione assolutamente carnea è difettosa, come è deficiente l'alimentazione esclusivamente vegetariana.

Ricca di vitamine la frutta concorre al normale sviluppo dell'individuo, evita le malattie da carenze; ricca di acidi organici che si ossidano nell'organismo trasformandosi in carbonati e bicarbonati contribuisce a conservare l'alcalinità del sangue; ricca di zucchero fornisce gli idrati di carbonio di cui mancano le carni, ed in una forma più facilmente digeribile ed assimilabile che non sia quella dei carboidrati degli altri vegetali; con le loro delicate scorie di cellulosa eccitano la peristalsi intestinale, e con i loro princìpi lassativi correggono la stitichezza inevitabilmente prodotta dall'alimentazione carnea; con i loro fermenti, con la loro freschezza, con il loro profumo, con il loro gusto eccitano l'attività gastrica.

Elemento integrativo e correttivo dell'alimentazione carnea, può in determinate condizioni assurgere per queste sue stesse qualità a fattore terapeutico.

Queste virtù della frutta vanno sempre più diffusamente riconosciute. Gli effetti benefici dell'uso dei frutti freschi o essiccati, sotto forma di marmellate e di gelatine, sono consacrati dall'esperienza.

Il consumo della frutta aumenta sempre più. Da ciò lo sforzo di tutti i paesi a produrne in maggiore quantità.

Tentativi di piantumazione di alberi fruttiferi si fanno dovunque, anche nelle regioni le meno adatte. Il bisogno è così imperioso, che l'uomo cerca di forzare la natura.

La coltivazione di questi alberi va diventando una delle industrie più redditizie.

La California è tutto un immenso frutteto, che produce ogni anno oltre 500.000 vagoni di frutta, appena sufficienti al consumo interno degli Stati Uniti.

Ovunque si produce o si cerca di produrre frutta, ma nessun prodotto eguaglia quello italiano.

Dai nostri alberi alimentati dalla nostra terra, vivificati dal nostro sole sono spremuti frutti incomparabili per gusto e profumo, ovunque apprezzati e ricercati.

Purtroppo però la produzione è inadeguata alla domanda, e d'altra parte l'aumentata esportazione rendendo il prezzo delle frutta quasi proibitivo, ha rarefatto il consumo interno ed ha fatto scomparire dai nostri mercati la frutta migliore.

Da ciò la necessità di aumentare e migliorare la produzione.

Quasi mancanti di combustibili e di minerali che dobbiamo largamente importare dall'estero, noi possiamo equilibrare la bilancia commerciale prevalentemente con l'esportazione di prodotti agricoli, con la frutta sopra tutto.

Il nostro sforzo agricolo deve essere indirizzato oltre che alla produzione di grano in quantità sufficiente ai nostri bisogni, in modo da limitarne quanto meno l'importazione, anche e sopratutto alla produzione di frutta.

Piantare alberi da frutta da per tutto, sostituire con alberi da frutta gli alberi non redditizi o meno redditizi; trasformare buona parte dei vigneti in frutteti.

Senza essere fanatici del proibizionismo e senza ipervalutare la portata di un alcoolismo che nella gente nostra non c'è, è certo che in Italia si beve troppo vino.

Questo vinismo ha certamente sfavorevoli riflessi igienici, ma costituisce sopra tutto un danno economico rilevantissimo.

Il vinismo, anche senza voler tener conto di altro, è un lusso che non possiamo concederci.

Noi abbiamo bisogno di migliorare la nostra alimentazione, di aumentare l'esportazione dei nostri prodotti per l'estero.

E ciò non si ottiene producendo vino quasi tutto consumato all'interno, consumando vino di valore alimentare nullo o quasi.

Troppa terra è sfruttata per l'uva da vino, terra che potrebbe e deve essere utilizzata per alimenti più necessari, certamente meno voluttuari, meno dannosi, per prodotti da esportare.

Le classi colte, la media e la piccola borghesia sopra tutto, hanno perduta l'abitudine del vino. Occorre che questa disabitudine si approfondisca negli strati sociali più bassi. E ciò perchè non si vuole ipervalutare il danno sanitario, ma perchè la riduzione della domanda induca gli agricoltori a ridurre la produzione del vino, a sostituire le piante di uva da vino con quelle d'uva da tavola, con alberi da frutta.

Il commercio della frutta è più facile e meno aleatorio di quello del vino, ed è sempre più redditizio. Lo sanno quegli agricoltori intelligenti che da qualche anno hanno sostituito nelle loro terre l'uva da vino con quella da tavola. Essi hanno assicurato ogni anno lo smercio del loro prodotto, ed hanno visto più che triplicare il loro reddito.

Questa trasformazione suggerita dalla convenienza, potrebbe essere accelerata con provvidenze governative: stabilendo premi per coloro che la praticano o aggravando i carichi tributari per i terreni coltivati a vite da vino e sgravando quelli posti a frutteti.

Come c'è ora la benefica e tanto auspicata politica del bosco, ci deve essere la politica del frutteto.

Gli alberi da frutta devono essere piantati dovunque ci sia uno spazio libero dalle altre coltivazioni più necessarie.

Le ville, i giardini, i cortili, ogni angolo di terra esposto al sole deve avere il suo albero di frutta.

Sostituire agli alberi di sostegno della vite susini e ciliegi.

In Germania si va estendendo l'uso di piantumare tutte le vie con alberi da frutta, noci, nocciuoli, susini, meli, peri, che in primavera abbelliscono tutte le strade con i loro fiori, e d'estate danno ombra e frutta.

La migliorata educazione del popolo, le maggiori cure che si danno alle vie, l'istituzione della milizia della strada dovrebbero indurre ad applicare su larghissima scala anche da noi tale pratica. Tanto più che i tentativi fatti finora sono molto incoraggianti.

I medici che sono a contatto con i contadini e con gli amministratori comunali, devono farsi banditori di questa crociata per gli alberi da frutta, che con l'intensificazione della cultura del grano, con la restituzione dei boschi ai monti, renderanno la terra italiana nuovamente feconda di ricchezze, capace di mantenere il popolo che l'abita.

argo.

POSTA DEGLI ABBONATI.

All'abb. n. 4025:

Consigliamo:

FRITEAU. *Manuel du candidat aux examens de chirurgien-dentiste.* 3e édition. Tome III. Prothèse dentaire ecc., 1925. Éditions Doin, 8 Place de l'Odéon, Paris (6e). Franchi 50.

PAPA. *Manuale di odontotecnica.* Ed. Idelson, Napoli. L. 20.

A. P.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Per le Casse Mutue Malattie dei lavoratori agricoli.

Convocati dall'on. Razza, presidente della C. N. S. F. Agricoltura, si sono riuniti presso la sede dei Sindacati fascisti di Milano, i segretari delle Unioni provinciali dei Sindacati fascisti dell'Agricoltura di Milano, Bergamo, Novara, Vercelli, Alessandria, Mantova, Piacenza, Pavia, Como, ecc., per uno scambio di idee intorno alla immediata costituzione delle Casse Mutue provinciali malattie.

Il presidente della riunione, on. Razza, e l'avv. Roberti hanno esposto il programma che la Confederazione dei Sindacati dell'agricoltura ha predisposto nel campo dell'assistenza sociale per fornire ai lavoratori agricoli un aiuto efficace: è seguita quindi una lunga discussione che ha toccato tutti i punti riguardanti la costituzione ed il funzionamento delle Casse Mutue; vi hanno partecipato i segretari di Parma, Pozzi di Vercelli, Marzani di Milano, Aghemo di Pavia, Losetti di Bergamo, Beretta di Como, Parini di Piacenza, nonchè l'ispettore Marzatico.

Il presidente on. Razza ha riassunto la discussione, dettando quindi agli organizzatori presenti norme precise per la costituzione della Cassa Mutua che dovrà essere promossa immediatamente in ogni provincia a seconda delle particolari condizioni ambientali e tenendo presente le speciali esigenze dei lavoratori agricoli.

Queste riunioni saranno tenute anche nell'Italia Centrale e Meridionale, avendo la Confederazione deciso, d'accordo anche con la Confederazione fascista degli Agricoltori, di estendere nel più breve tempo possibile la costituzione delle Casse Mutue a tutte le provincie d'Italia, per dare ai Sindacati la possibilità di svolgere in concreto e con efficacia di mezzi, quelle funzioni di assistenza, che sono loro domandate dalla Legge e dalla « Carta del Lavoro », e che costituiscono compito esclusivo ed essenziale delle Associazioni sindacali.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Bologna. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Imola; L. 14.000 e 5 quadrienni dec., c.-v., diritti accessori. Scad. ore 12 del 30 giu.

Borgomaro (*Imperia*). — Per le fraz. Aurigo e Conio; L. 9000; scad. 9 giu.

Brescia. — Per Mompiano; a tutto 30 giu.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,05; stip. L. 9000 oltre 5 quadrienni di L. 1000, addizion. di L. 3 oltre i 1000 pov., L. 800 ambulat., L. 1500 trasf., L. 2100 serv. att., c.-v.; doc. a 3 mesi dal 23 mag.

Codogno (*Milano*). *Civico Ospedale.* — A tutto 31 lug., primario medico, primario chirurgo, assistente medico e assistente chirurgo. Per i primarî L. 9000, per gli assistenti L. 8000, oltre c.-v. e compartecipaz.; età lim. 35 a.; chiedere annunzi.

Conegliano (*Treviso*). — *Ospedale Civile.* — A tutto 30 giugno; chirurgo primario. Le informazioni vanno richieste al Presidente della Congregazione di Carità.

Copparo (*Ferrara*). *Ospedale Mandamentale di S. Giuseppe.* — Aiuto chirurgo; al 25 giu., ore 19; titoli; L. 3500 (*sic*) annue, oltre indenn. complementare di L. 1200 se coniugato, di L. 360 se celibe; vitto e alloggio; 15 % partecipaz. atti operativi; età lim. 35 a.; tassa L. 25,10; doc. a 3 mesi dal 25 giu.

Grisignana (*Istria*). — Scad. 15 giu.; L. 9000 e c.-v., oltre L. 4000 cav.

Ivrea. *Ospedale Civile.* — Chirurgo primario. Scad. 30 giugno. Tassa L. 50,10. Rivolgersi all'Amministrazione.

Mercato Saraceno (*Forlì*). — Scad. 17 giu., ore 18; 2° reparto; L. 10.000 e 5 quadrienni ventesimo, oltre L. 3000 cav.; tassa L. 50,10; età lim. 40 a.

Roccaspinalveti (*Chieti*). — Scad. 10 giugno; L. 8700 per 500 pov., addizion. L. 5; 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.

Roccastrada (*Grosseto*). — Al 30 giu.; L. 9000; tassa L. 50.

San Cipirello (*Palermo*). — Scad. 15 giu.; lire 9000 e 5 quinquenni dec.; addizion. L. 3 sopra i 1000 pov.; uff. san. L. 500; tassa L. 50,15.

Saronno (*Varese*). — Ufficiale Sanitario. Per titoli ed esame. Stipendio iniziale L. 16.000 annue al lordo di R. M. e del contrib. Cassa Pens. dei Sanitari, con diritto a cinque aumen. quadrien. del decimo. Indenn. servizio attivo L. 4000 al lordo di R. M. non valutabile per la pensione. È vietato prestare servizio presso altri Enti morali e Pubblici ed è inibito il libero servizio professionale. Scadenza 30 giugno.

Taranto. *Consorzio Sanit. Antituberc.* — Direttore sanit.; L. 18.000 oltre L. 6000 serv. att., 5 quadrienni dec. Scad. 8 giu.

Torino. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanitario e capo dell'Ufficio d'Igiene della Città di Torino. Per titoli ed esame. Stipendio iniziale L. 30.000. Supplemen. di servizio attivo L. 6500, compartecipazione ai compensi dovuti da privati nell'esclusivo loro interesse. Le domande vanno presentate alla R. Prefettura entro il 10 luglio p. v.

Vittorio Veneto. *Ospedale Civile.* — Medico primario; scad. 8 giu.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; stip. L. 7500 suscettibile di aumento e c.-v.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Premio Riberi 1923-1934.

La Reale Accademia di Medicina di Torino apre il Concorso al XV premio Riberi di L. 20.000 (meno la tassa di manomorta). Possono concorrere i lavori scientifici di argomento appartenente alle discipline mediche in genere, tali che segnino un importante progresso nel ramo dello scibile cui si riferiscono. Sono ammessi i lavori stampati e scritti a macchina in lingua italiana, latina, francese, inglese e tedesca; se i lavori sono stampati, devono essere editi dopo il 1927.

I lavori saranno inviati in piego raccomandato in doppio esemplare all'Accademia, della quale rimarranno proprietà. Qualora l'Accademia aggiudichi il premio ad un lavoro scritto, questo dovrà essere stampato dall'autore prima che scadano i due anni dal conferimento del premio; l'ammontare di questo sarà consegnato solo dopo l'invio all'Accademia di un doppio esemplare del lavoro stampato.

Sono accettati per il Concorso i lavori che risultino spediti all'Accademia non oltre il 31 dicembre 1934. In ogni caso scorsi due mesi da questo termine, il Concorso s'intende chiuso, ed i lavori giunti dopo, anche se spediti in tempo utile, non saranno presi in considerazione.

Gli autori nella lettera di invio, accenneranno alle parti o agli argomenti più importanti dei loro scritti ed opere che stimano dovere maggiormente fissare l'attenzione dell'Accademia giudicante.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

In esito a concorsi, sono stati nominati: al posto di direttore dell'Ospedale per malattie infettive « Domenico Cotugno » di Napoli il prof. Carlo Bifulco, che dirigeva l'Ospedale per malattie infettive di Venezia; ai posti di capo-sezioni il prof. Roberto Franza, assistente nell'Istituto d'Igiene di Napoli, e il dott. Francesco Polese, medico provinciale capo ad Ancona.

Il dott. Owen H. Wangensteen è nominato direttore della Clinica chirurgica dell'Università di Minnesota, in sostituzione del prof. Arthur C. Strachaner, il quale ha chiesto di essere esonerato per assumere la direzione dell'Istituto oncologico universitario. Il passaggio avrà luogo nel 1930.

Il prof. Novoa Santos è chiamato a insegnare patologia generale all'Università di Madrid.

Sono stati conferiti i premi nazionali argentini per le migliori opere scientifiche pubblicate nel 1927. Il primo premio, di 20.000 pesos (pari a 160.000 lire it.) è stato assegnato al dott. Juan A. Domínguez, per il libro « Contribuciones a la Materia Médica Argentina ». Il terzo premio è stato pure assegnato ad un medico, il dott. Riccardo Spurr, per la sua monografia « Quistes hidatídicos del Riñón ».

Il comm. dott. Giorgio Giorgi ha conseguito, con votazione unanime, l'abilitazione alla libera docenza in clinica chirurgica.

La Società Argentina di Pediatria nell'ultima assemblea ha rinnovato la Commissione direttiva pel biennio 1929-30, col seguente risultato: presidente dott. Alfredo Casaubón; vice-presidente dott. Juan P. Garrahan; segretario generale dott. Alfio Puglisi; tesoriere dott. Carlos S. Cometto; direttore della biblioteca e dell'archivio dott.a María Teresa Vallino; membri dottori P. de Elizalde e J. C. Navarro.

Il prof. Rodolfo Kraus è stato assunto dal governo cileno per dirigere l'Istituto Batteriologico Nazionale; egli sarà coadiuvato nelle sue funzioni dal dott. Oscar Koref.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Padova.

Per il prof. Ovio.

In seguito alla deliberazione dell'Università romana di chiamare il prof. Giuseppe Ovio a coprire la Cattedra di Clinica Oculistica dell'Urbe rimasta libera per la morte del prof. Cirincione, la Facoltà Medica di Padova ha sentito il bisogno di presentare al collega Ovio le più vive e cordiali felicitazioni per l'alta prova di stima tributatagli con la lusinghiera offerta. Ma in tale occasione, assieme al suo plauso, la Facoltà unanime ha voluto esprimere il voto caloroso e sincero ch'Egli non abbandoni lo studio secolare nel quale ha iniziata la sua carriera accademica e mossi i primi passi su quella via che gli è stata meritamente prodiga delle più elevate soddisfazioni morali.

Chiusura dell'anno accademico.

Si è chiuso l'anno accademico della Facoltà di Medicina.

Nell'Istituto d'Igiene e nelle Cliniche Medica e Chirurgica i professori di queste tre discipline, Oddo Casagrandi, Cesare Frugoni e Gian Maria Fasiani, tennero l'ultima lezione dandole uno speciale carattere di solennità. Gli studenti risposero con manifestazioni di affetto per i loro insegnanti, e, cosa nuova negli annali delle cronache universitarie, pronunciarono discorsi coi quali riassunsero il programma didattico che era stato loro svolto durante l'annata.

Notevole fu anche l'attitudine degli studenti stranieri che ebbero espressioni d'animo grato per l'accoglienza fraterna offerta loro dall'Italia fascista.

In memoria di Andrea Scarpellini.

Si è spento a Milano, in età di appena quarantun anni, Andrea Scarpellini, che da poco più di un biennio aveva conquistato nella metropoli lombarda il posto di Medico Capo ed Ufficiale Sanitario del Comune. Ma spiritualmente lo Scarpellini apparteneva ancora all'Ateneo Padovano dove egli aveva mantenuta la propria libera docenza e dove la sua scomparsa ha lasciato un generale e caldissimo senso di compianto.

Nato a Monza nel 1888, si era laureato nella vicina Pavia l'anno 1913 dedicandosi subito agli studi dell'Igiene. Già nel 1914 era stato nominato direttore del laboratorio batteriologico co-

munale Ticinese, posto che abbandonò l'anno successivo per entrare nell'Istituto d'Igiene dell'Università di Padova dove volle continuare i suoi studi sotto la direzione del prof. O. Casagrandi. Qui, l'anno 1922 conseguiva la docenza in Igiene e Polizia Sanitaria, e qui svolgeva la sua attività scientifica con una vasta produzione di lavori, fra i quali meritano speciale ricordo quelli sulla vaccinazione antivaiolosa, sulla trasmissione dell'immunità vaccinale con trapianti di cute d'animali vaccinati, sulla riproduzione e sulle individualità batteriche, sulla febbre puerperale e sulle infezioni cadaveriche. Durante la guerra lo Scarpellini manifestò la sua italianità in modo fattivo sul fronte triestino col 76° fanteria, dimostrando calmo e ragionato coraggio e meritandosi la medaglia d'argento al valore.

Lasciò Padova per la sede di Milano l'anno 1927, e nella capitale lombarda stava dando atto ad importanti riforme dell'organizzazione sanitaria quando il destino volle troncarne l'esistenza nella sua più fiorente attività. Egli scomparve dai vivi, colpito da un tumore cerebrale. La morte di Andrea Scarpellini destò un senso di profondo dolore in questa Padova dove egli aveva vissuto ed onestamente lavorato per dodici anni e dove era ricordato con affetto da quanti l'avevano conosciuto.

Fra il compianto generale delle somme Autorità milanesi e di una folla d'amici e di ammiratori, il prof. Casagrandi portò all'amatissimo allievo l'estremo saluto a nome anche della Facoltà Medica, e depose sul feretro una corona di fiori. Altre corone inviarono da Padova la stessa Facoltà ed i Rappresentanti dei liberi docenti.

Ora la salma del compianto collega è tumulata a Monza nella tomba di famiglia, presso la madre adorata, dove lo accompagnarono affrante di dolore la vedova e le due giovanissime figlie.

P. L. F.

NOTIZIE DIVERSE.

L'Istituto Culturale estivo per medici Italiani e stranieri.

Il prof. Cesare Cattaneo, direttore della Clinica pediatrica della R. Università di Milano, da tempo andava coltivando l'idea di istituire anche in Italia corsi estivi di medicina per gli studiosi stranieri ed italiani a somiglianza di quelli che gà si praticano con grande successo in Francia, in Germania e in questi ultimi anni anche in Spagna.

L'iniziativa venne sostenuta da un Comitato promotore.

Una sede veramente incantevole e in tutto ben degna degli alti scopi culturali che caratterizzano l'istituzione, è stata prescelta dai promotori nell'ex Kursaal di Varese, sul Colle dei Campigli. Il corso avrà inizio il 1° luglio p. v., con regolari lezioni teoriche e pratiche e con conferenze dettate dai migliori professori delle facoltà mediche italiane. Delle lezioni e delle conferenze saranno redatti sunti in lingua italiana e nelle principali lingue straniere. Improntato a schietta italianità, questo importante corso tende essenzialmente e ben giustamente a far conoscere quanto si è fatto e si fa in Italia per il progresso delle scienze mediche, sia attraverso la parola dei docenti, sia a mezzo di esperimenti che saranno tenuti nella Università di Milano, avendo il Rettore Magnifico, sen. Baldo Rossi, messo a disposizione degli studiosi i gabinetti scientifici. Durante il corso i medici iscritti parteciperanno alle visite agli istituti scientifici, agli stabilimenti sanitari, agli stabilimenti delle industrie sanitarie, alle stazioni termali, che saranno appositamente organizzate.

La Direzione generale delle Ferrovie dello Stato ha stabilito speciali facilitazioni per i viaggi di terra e di mare, sia nell'andata come nel ritorno, ai medici iscritti al corso di nazionalità italiana provenienti dall'estero, oltre poi a concessioni speciali, che saranno accordate a tutti indistintamente gli iscritti dal confine o dal luogo di origine sino a Varese e viceversa.

Comitato esecutivo dell'Opera Invalidi di Guerra.

Presieduto dal sen. prof. A. Lustig si è riunito, in sessione ordinaria, il Comitato esecutivo dell'Opera nazionale invalidi di guerra, il quale si è occupato anzitutto del bilancio dell'Opera e della sistemazione degli invalidi a Salsomaggiore, viste le difficoltà insorte e da superare.

Sono stati approvati numerosi bilanci e rendiconti di Rappresentanze provinciali e delle speciali gestioni del collocamento.

Sono stati sovvenzionati i dispensari antitubercolari di Legnano e di Pisa e disposta la devoluzione, a favore del Sanatorio delle Calabrie, dei lasciti Ferrera, Copiapò, Chilì e Personali (Biella).

Sono state prese altre deliberazioni.

Per ultimo il Comitato ha dato incarico al presidente di portare a conoscenza delle competenti autorità che sono poste a disposizione dell'erigendo Istituto per grandi invalidi del lavoro le numerose e bene apprezzate officine ortopediche delle quali l'Opera nazionale dispone, le altre istituzioni assistenziali promosse dall'Opera stessa e che destano l'ammirazione dei competenti, anche all'estero.

Officina Nazionale di protesi per i mutilati di guerra.

Con R. Decreto l'Officina nazionale di protesi per i mutilati di guerra, avente sede in Milano, è soppressa. Il patrimonio residuo è devoluto all'Opera Nazionale per la protezione e l'assistenza degli invalidi di guerra, per essere destinato alla assistenza protetica degli invalidi stessi.

Un Commissario da nominarsi dal Prefetto di Milano procederà alla liquidazione del patrimonio dell'Officina e alla devoluzione delle attività residue all'Opera anzidetta.

La giornata della Croce Rossa.

Come è stato annunziato, il 15 giugno sarà celebrata in tutta Italia la giornata della Croce Rossa, con la quale si intende di fare viva e presente nell'animo di tutti gli italiani, l'attività benefica che svolge la istituzione della Croce Rossa, e di raccogliere nei grandi, come nei piccoli centri, l'offerta volontaria che ciascun cittadino darà per promuovere ed estendere sempre più l'opera a cui l'istituzione stessa attende. Verranno distribuiti dei cartelli su cui è incisa una figura sim-

boleggiante lo slancio e il fervore pietoso con cui la Croce Rossa adempie ai suoi compiti, e verranno organizzate altre manifestazioni, fra cui la proiezione di un film « Luce », che illustrerà quello che la Croce Rossa fa nel campo della lotta contro la tubercolosi e la malaria, per le colonie estive, per i bambini bisognosi di cura, l'assistenza medica per la popolazione scolastica dei centri rurali, e in casi di sinistri e di pubbliche calamità.

Allo scopo di coordinare le varie manifestazioni che avranno luogo in detto giorno, sono stati costituiti vari comitati.

Società italiana di Medicina ed Igiene Coloniale (sotto l'alto Patronato di S. A. R. il Duca degli Abruzzi).

La riunione del Consiglio Direttivo della S. I. di M. ed I. C. è avvenuta il giorno 3 aprile u. s. nei locali dell'Istituto Coloniale Fascista (Roma, via Giustiniani 5) dove avrà sede la Società stessa.

Erano presenti: l'on. Gabbi, il ten. gen. medico prof. Rho, i proff. Stanziale, Castronuovo, Pontano, Mario Levi della Vida, Gosio, Pullè, i colonnelli medici proff. Mariotti Bianchi, Grixoni; i ten. colonnelli medici proff. Peruzzi e Gelonesi; il magg. medico veter. dott. Domizio, il dott. cav. Croveri; i cap. medici dottori Sarnelli e Campana. Avevano scusato l'assenza i professori Franco (Sassari), Izar (Messina), Alessandrini (Roma), il col. medico dott. Mezzetti.

Vennero trattati importanti argomenti. Anzitutto venne stabilito che la Società avrà la sua sede al pian terreno dell'Istituto Col. Fascista. Poi venne esaminato e discusso il Regolamento della Società (Congressi) e modificato lo Statuto. Indi fu discussa la questione della stampa del volume degli Atti augurando che l'Editore metta più attenzione nella stampa delle relazioni e discussioni che apparvero dense di errori (specie quella della Dengue).

Una questione che ha vivamente interessato il Consiglio è stata la relazione dell'on. Gabbi in merito alla preparazione della missione scientifica nell'Eritrea Occidentale che procede grazie a generose Ditte Milanesi ed a privati in maniera soddisfacente. Si è proceduto subito alla Commissione destinata a studiarne l'organizzazione.

Vennero poi fatte proposte di nuovi soci d'onore ed infine si stabilì che il Congresso nazionale nel corrente anno si tenga in ottobre a Roma col seguente programma:

Relazioni generali: *La sprue*: relatori proff. Castellani A. (Londra), M. Ascoli (Catania); *La lebbra*: relatori proff. Stanziale (Napoli) e Capitano Ronga (Udine); *La malaria*: relatori proff. B. Gosio (Roma) e Pontano (Roma); *Riviste sintetiche*: *Stato attuale dell'ematologia tropicale* (prof. Castronuovo); *Tripanosi* (dottori Domizio e Penezzi).

Il Consiglio nominò poi la Commissione per la preparazione del Congresso a Roma.

Istituto antimalarico pontino.

Il 19 maggio l'« Istituto Nazionale per il risanamento antimalarico della Regione Pontina » ha inaugurato ufficialmente i nuovi edifizi costruiti in varie località della vasta regione: Quadrato, Colonia Elena, Sessano, Lestra della Cocuzza. Essi consistono in stazioni sanitarie dirette da medici, fiancheggiate da scuole, da chiese, ecc. L'opera dei medici viene integrata da sussidiarî, alcuni dei quali, detti cursori, ispezionano la campagna, distribuiscono medicinali, ecc.; ai cursori sono affidati i centri minori.

L'Istituto, eretto in Ente morale, è posto sotto l'alto patronato del Re; ne è presidente onorario il sen. Tittoni, presidente effettivo il sen. Valvassori-Peroni, consigliere delegato il sen. Calisse.

Alla cerimonia intervennero il sotto-segretario all'Agricoltura on. Josa, i senatori Marchiafava, Fedele, Baccelli, i proff. Pecori, Alessandri, Bastianelli, Ficacci, il vice-prefetto comm. Del Vecchio e molte altre personalità.

La nuova chiesa venne consacrata con una Messa di mons. Angeloni; dopo, il sen. Calisse espose i compiti e il programma dell'Istituto, terminando con un omaggio a Benito Mussolini, che è animatore delle opere di bonifica e di redenzione del nostro Paese. Rispose per il Governo l'on. Josa, esprimendo il suo compiacimento per la feconda realizzazione.

La sistemazione ospedaliera di Milano.

È stata distribuita alla Camera la relazione dell'on. Solmi sul progetto di conversione in legge del decreto relativo al decentramento dell'assistenza ospitaliera esercitata dagli Istituti ospitalieri di Milano a favore dei comuni dell'antico Ducato. Dice la relazione:

« La nuova e complessa sistemazione dell'assistenza ospitaliera dell'antico ducato di Milano, disposta con le provvide riforme del Governo nazionale, avrebbe dovuto essere composta entro il 31 dicembre 1928. Ma le esigenze di questa sistemazione, dipendenti anche da importanti opere edilizie, hanno consigliato di prorogare il termine al 31 dicembre 1929, prorogando anche per un identico termine la disposizione che ha esteso al nuovo ospedale di Circolo le regole del R. D. L. 20 febbraio 1927 circa la riforma organica ed il riordinamento del personale degli ospedali riuniti di Roma.

« Si tratta dunque d'un decreto che provvede ad una proroga di termini più che giustificata in opera di tanta complessità e di tanta mole ».

La legge varrà a regolarizzare un Regio decreto che già è in atto.

Col 1° gennaio del 1930 il Comune di Milano entrerà in possesso dell'Ospedale Maggiore, che sarà così trasformato in Ospedale civico. Per questo l'Autorità prefettizia sta provvedendo, d'accordo con le parti interessate, alla creazione dello statuto, che regolerà le sorti del nosocomio. Scomparsi i rappresentanti dell'ex ducato, l'Ospedale sarà retto da un consiglio composto di cinque membri. Tre saranno i rappresentanti di Milano ed uno della provincia. Il Consiglio sarà completato con la nomina del presidente.

Nella primavera dell'anno venturo saranno iniziati i lavori di costruzione del nuovo Ospedale in base al progetto che l'Ufficio tecnico dell'Ospedale stesso sta studiando. Nella formazione del progetto definitivo verrà tenuto conto dei risultati del concorso nazionale e ciò appare anche logico quando si ricordi che il progetto che ottenne i maggiori plausi fu presentato dall'ing.

Antonio Bertolaia che è il capo dell'Ufficio Tecnico dell'Ospedale.

La costruzione dell'Ospedale, nella zona di Niguarda, potrà essere sicuramente e rapidamente intrapresa anche perchè gli Istituti ospitalieri ebbero recentemente a vincere una importante causa con i proprietari dei terreni prescelti per l'opera grandiosa.

La provincia di Milano alla ricerca di un'area per un Istituto psichiatrico.

L'Ufficio tecnico della provincia di Milano, con la collaborazione del prof. Antonini, direttore dell'Ospedale psichiatrico di Mombello, ebbe a redigere un progetto per la costruzione sull'area centrale di via Commenda, nelle vicinanze delle cliniche dell'Ospedale, di un Istituto psichiatrico ospitaliero in sostituzione dell'attuale Astanteria, la quale, dalla sede di via Lamarmora, dimostratasi insufficiente, era stata trasferita in un'ala dell'Ospedale Maggiore, dalla parte di via Poslaghetto, ma solo in linea transitoria.

Furono compiute le pratiche legali, disposti i necessari mezzi finanziari per l'acquisto dell'area e si confidava di poter entro l'anno iniziare i lavori dell'umanitario istituto. Ma i progetti ebbero a subire una sosta per un fatto impreveduto: su di una parte dell'area che era stata destinata per l'Istituto psichiatrico, il Comune farà passare una strada imposta da necessità del piano regolatore.

Perciò si deve cercare altrove il terreno per l'edificio e sono ora in corso le pratiche in tal senso.

Il nome di Astanteria, per ragioni umanitarie, è stato soppresso e sostituito dalla designazione d'Istituto psichiatrico provinciale. Per lo stesso motivo il Manicomio di Mombello viene ora ufficialmente designato come Ospedale psichiatrico provinciale.

Le colonie marine per gli operai a Milano.

Il Dopolavoro di Milano, proseguendo nel suo programma di assistenza alle masse lavoratrici, ha provveduto anche quest'anno ad organizzare la sua colonia di cure marine in Lignano (linea Venezia-Trieste), alla quale potranno partecipare tutti i tesserati dell'O. N. D. e della F. I. E. con le loro famiglie.

La quota individuale di partecipazione per una permanenza di 10 giorni e compresa ogni spesa di viaggio, vitto e alloggio, è fissata in L. 225 per persona.

I turni avranno inizio col 1° luglio e si susseguiranno di 10 in 10 giorni fino al 30 agosto.

Contro lo sputo in tram.

L'Ufficio d'Igiene del Governatorato di Roma ha costituito, in due riprese, due squadre di vigilanza per la repressione dello sputo in tram. Così avremo un altro mezzo di lotta contro questa incivile ed antigienica abitudine.

L'alimentazione infantile.

Il 18 maggio, nell'Aula Magna dell'Università di Roma, alla presenza del rettore prof. Millosevich, del preside della Facoltà Medica prof. Dalla Vedova, del direttore della Clinica medica prof. Ascoli, dell'on. Nicolò Castellino e di un pubblico numeroso, ebbe luogo la seconda conferenza sui problemi dell'alimentazione. Oratore fu il prof. Francesco Valagussa, docente di pediatria nell'Università di Roma e sub-commissario dell'Opera Naz. Maternità e Infanzia. Egli trattò dell'alimentazione dei fanciulli, delle gestanti e delle nutrici, dando prova della sua eccezionale competenza: venne seguito con attenzione e interesse dal folto uditorio.

Corso di perfezionamento in oculistica.

Sarà tenuto a Bordeaux, sotto la direzione del prof. Teulières, dal 17 al 19 giugno. A richiesta s'invia il programma. Rivolgersi al direttore del corso, Faculté de Médecine, Clinique ophtalmologique, Bordeaux.

All'Associazione generale dei medici di Francia.

Alla sede federale delle 94 società dipartimentali ha avuto luogo l'elezione del presidente. È risultato, per la terza volta, il dott. Bellencontre.

I medici della Germania.

Secondo il « Deutscher Reichsmedizinalkalender » per il 1928, ora pubblicato e preso in esame dallo statistico medico Prinzing di Ulm, sulla « Deut. Med. Woch. », alla fine dell'anno scorso si contavano in Germania (esclusa la regione della Saar) 48.507 medici. Assumendo una popolazione di 64 milioni, si vengono ad avere 0,758 medici ogni 1000 abitanti. Nel 1921 si contavano 36.186 medici, con una proporzione di 0,599 per mille; da allora il numero è venuto aumentando in modo progressivo: in un solo anno, dal 1927, è aumentato di 1169; ora, però, si prevede una diminuzione sensibile, perchè il numero delle iscrizioni nelle scuole mediche è venuto riducendosi molto: nell'anno accademico 1926-27 è stato meno della metà che in quello 1922-23 (1494, contro 3062). Le donne iscritte rappresentano incirca il 12 % del totale.

Nelle 49 maggiori città la proporzione sale a 1.24 per mille; nel restante della Germania si riduce a 0,56 per mille. La massima concentrazione si ha a Monaco con 2,25 ‰; seguono Francoforte, 1,66; Breslavia, 1,50; Berlino, 1,49.

Assegni e sussidi per la medicina sociale negli Stati Uniti.

Durante l'anno fiscale chiuso il 30 settembre 1928, oltre 2 milioni di dollari, pari a 40 milioni di lire italiane, furono assegnati sul fondo pubblico « Commonwelth Fund » allo scopo di sostenere varie iniziative, riguardanti l'igiene pubblica, l'igiene mentale, la propaganda igienica, la tutela dell'infanzia, associazioni e società scientifiche, borse di studio, ecc. (colmando, così, i vuoti lasciati dalle copiose elargizioni private).

Per una scuola d'infermiere a Cleveland.

La signora Chester C. Bolton di Cleveland (Ohio) ha donato alla Western University di questa città un milione e mezzo di dollari, pari a circa 30 milioni di lire it., destinandoli alla Scuola per infermiere.

La scuola venne fondata 5 anni or sono, dalla stessa signora Bolton, a titolo sperimentale, as-

segnandovi 500.000 dollari, pari a circa 10 milioni di lire. Questa prima elargizione continuerà ad avere una finalità sperimentale: indagare il costo dell'insegnamento, i mezzi per rendere la professione d'infermiera più efficiente, ecc.

La biblioteca scientifica di Londra.

La « Science Library » di Londra è una biblioteca nazionale specialmente consacrata alle scienze pure ed applicate. È annessa al Museo delle Scienze. Contiene circa 187.000 volumi e riceve circa 8000 periodici. È fornita di cataloghi per materie molto minuziosi, disposti secondo il sistema decimale di Dewey con numerose voci di riferimento, nonchè di molte chiavi per i singoli argomenti. Interessano specialmente la medicina le Sezioni: Anatomia, Fisiologia, Biologia generale, Igiene e Sanità pubblica. A richiesta s'inviano copie fotostatiche di articoli, d'illustrazioni, ecc., in base a tariffe modeste.

Rivolgersi a: The Director, The Science Museum, South Keusengton, London S. W. 7, Inghilterra.

Gravi accuse contro un medico militare in Francia.

Il ministro francese della guerra, on. Painlevé, ha messo a riposo d'ufficio il colonnello medico Léon, capo dell'Ospedale militare di Chalons-sur-Marne, sottoposto ad inchiesta sotto l'imputazione di atti di crudeltà commessi su malati affidati alle sue cure e di operazioni compiute con criminosa leggerezza. La stampa quotidiana, che si è largamente occupata del doloroso episodio, giudica la sanzione adottata come troppo mite.

Norme per gli autori.

Ricordiamo che, per ottemperare alle istruzioni emanate dal Consiglio Nazionale delle Ricerche, le quali tendono ad organizzare la Bibliografia scientifico-tecnica italiana in modo da mettere in evidenza l'attività italiana nel campo della scienza e delle sue applicazioni, occorre che gli articoli siano accompagnati da un breve sunto.

Perciò gli autori sono pregati di inviare, insieme al manoscritto od alle bozze corrette, il sunto suddetto, il quale non dovrà superare 5-6 righe; solo in casi eccezionali potrà arrivare fino a 10. Esso è destinato ad essere poi pubblicato nella Bibliografia scientifico-tecnica italiana, curata dal Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Un errore di numerazione in Copertina

è stato rilevato da alcuni nostri abbonati i quali ci hanno avvisato di avere ricevuto, nella prima settimana dello scorso maggio, una seconda copia del numero 17 (29 aprile) della Sezione Pratica, anzichè del numero 18 (6 maggio).

Fatte le opportune indagini in tipografia si è appurato che ad alcune copie della copertina del fascicolo 18, per dimenticanza del correttore, restarono, infatti, le indicazioni (data e numero) del precedente fascicolo 17.

L'errore dunque è soltanto sulla copertina ed è rimasto limitato a poche centinaia di copie.

Quegli abbonati pertanto, cui è capitato uno di tali esemplari, sono pregati di correggerlo e di accettare le nostre scuse per l'involontario incidente.

L'AMMINISTRAZIONE.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Zbl. f. Chir., 27 apr. — I. M. TALMAN. Strumi delle gland. carotidee. — L. P. MARIANTSCHIK. Diverticolo duodenale.

Soc. d. Chirurgiens de Paris, 15 mar. — DOPPLER. Revitalizzazione da simpaticectomia chimica delle gland. sessuali. — P. PEUGNIEZ. Tentativi di cura chirurg. della meningo-encefalite diffusa post-traumat.

Folia Med., 15 apr. — SCALA. Stato attuale delle nostre conoscenze sul sistema neuro-vegetativo.

Brasil-Med., 6 apr. — H. PÓWA. Le 5 reaz. di Nonne nella diagn. di neurolue.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., apr. — W. J. DICKMAN. Lesioni epatiche nell'eclampsia. — F. H. FAILS. Ipertiroidismo complicante la gravid. — J. C. LITZENBERG e J. B. CAREY. Rapporti tra metabolismo basale e gravid. — P. TITUS. Disturbi del metabolismo carboidrato nella tossiemia della gravid.

Practitioner, mag. — J. E. R. MCDONAGH. Gli antisettici. — A. GRAHAM-STEWART. Rapida riduz. dell'ipertens. sanguigna.

Zeit. f. Tuberk., apr. 1929. — L. E. WALBUM. Terapia salimetallica della tbc. — S. GRÜNER. Rapporti tra tbc. polm. e malattie della tiroide.

Giorn. di Med. Milit., mag. — D. CASELLA. Cura chirurgica della tbc. polm. — SACERDOTE. 775 perizie psichiatriche.

Lancet, 4 mag. — J. H. ZAAIJER. Chirurgia dell'esofago e dei polm. — W. J. S. REID. Trattam. della tabe dors.

Minerva Med., 5 mag. — L. CROSETTI. Meccan. d'az. dell'epatoterapia.

Jorn. dos Clinicos, 30 mar. — N. PENDE. Vitamine e funzioni endocrine.

Rass. Intern. di Cl. e Ter., apr. — P. MORELLI. Enterocoliti e colecistiti da lamblia. — C. FITTIPALDI. Tbc. muscolare ematogena.

Medicina de los Países Cálidos, mar. — E. GALLARDO. L'encefalite post-vaccinale.

Riforma Med., 27 apr. — C. CASSANO. Patogenesi del diabete insipido.

Riv. di Cl. Ped., apr. — B. TRAMBUSTI. Endodermoreaz. tubercolinica.

Rass. di Ter. e Patol. Clin., mar. — G. DE NITTO. Autoemoterapia. — F. PIANESE. Il sistema ret.-end. nell'avvelenam. da etere.

Radiol. Med., mag. — F. TALIA. Roentgendiagnosi della gravid. addominale. — A. VALLEBONA. Alteraz. delle ossa nella tabe dors. — G. PESCATORI. Diagn. radiolog. dei tumori dell'ipocondrio sinistro.

Presse Méd., 1 mag. — R. TARGOSOLA. Psicoencefalite reumatica.

Brit. Med. Journ. 4 mag. — W. LANGDON BROWN. Aspetti moderni delle nefriti. — A. M. RICHARDS. Gravidanza ectopica con feto a termine vitale.

Mediz. Welt, 4 mag. — H. RIETSCHEL. La sete. — F. UMBER. La terapia dei reumat. cron. — W. B. MEYER. Glicosurie non diabetiche.

Deut. Med. Woch., 3 mag. — RICHTER. L'acido urico e il problema della gotta. — HÜNERMANN. Epidemiologia della scarlattina.

Münch. Med. Woch., 3 mag. — BREÜER. Sostanze insulino-simili del Bact. coli e dei batteri della gangrena gassosa. — DAWORAK. Emocromatosi.

Arch. di Patol. e Clin. Med., mar. — C. GAMNA. Splenomegalie cron. a lesioni sclerosiderotiche. — I. DAVANZO e C. P. CUCCO. Sierodiagn. del cancro e labilità colloidale.

Journal A. M. A., 20 apr. — N. J. KILBOURNE. Trattam. delle vene varicose delle gambe. — S. MATSUMURA e al. Eziologia del beri-beri.

Quarterly Journ. of Med., apr. — D. C. HARE e M. N. KARN. La circolaz. nella gravid. e nel puerperio. — J. CLIFFORD HOYLE. Trattam. calcico della tbc. speriment. — F. W. LAW. Aspetti clinici dell'esercizio muscol. — L. WITTS. Metabolismo degli amino-acidi nello stato di salute e di malattia. — D. KRESTIN. Lesioni tubercolari latenti dei polmoni.

Ann. di Ostetr. e Ginec., 30 apr. — M. B. CETRONI. Funzione epatica e reticolo-endoteliale in gravid. — E. BORTINIO. Segno di Cullen nella gravid. extra-uter.

Bull. Ac. de Méd., 23 apr. — M. LOEPER. Utilizzazione terapeutica delle iniezioni di pepsina. — E. SACQUEPÉE. Epidemia di avvelenamenti alimentari.

Arch. It. di Chir., 4. — O. BARTOLI. Patogenesi delle cisti del pancreas. — M. AGRIFOGLIO. Lesioni osteo-articol. da bacillo dell'edema mal. — A. OMODEI-ZORMI e T. ANARDI. Splenomegalia siderotica.

Riv. di Clin. Med., 15 gen. — F. SCHUPFER. I tumori del midollo spin.

Revue de Méd., 2. — P. NAYRAC. Anatomo-clinica d'obliteraz. bilaterale cron. delle vene iliache. — G. P. PIOTROWSKI. Valutazione della glicosuria.

Arch. per le Sc. Med., apr. — G. OSELLADORE. Possibilità di trasformaz. degli endoteli in istiociti migranti.

Gazz. Med. It.-Argentina, 15 apr. — G. ROMEO. Alterazioni del testicolo in seguito a lesione del deferente.

Dermosifilografo, mag. — M. ARTOM. Endomicosi cutanea.

Presse Méd., 8 mar. — G. PARTURIER e M. THALHEIMER. Gli itteri da ritenzione.

Ars Medica, apr. — J. VÁZQUEZ SANS. Organogenia del pneumogastrico.

Clinica, mar. — A. PAREJRE CORONEL. Il liquido c.-r. nei malarici cronici splenomegalici.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVI — Roma, 10 Giugno 1929 — Num. 23

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

POLICLINICO UMBERTO I - ROMA
REPARTO ISOLAMENTO diretto dal Prof. T. PONTANO.

A proposito di ereditarietà delle lesioni renali e di labilità renale congenita familiare

per il dott. ENRICO BRASIELLO, interno.

La questione della ereditarietà delle lesioni renali fu discussa per il passato da gran numero di Autori. L'interessante quesito è stato per lungo tempo assai dibattuto; esso fu prospettato sotto i più diversi aspetti, si venne alle più disparate conclusioni.

Si sono descritti casi in cui la nefropatia assume l'aspetto di una affezione *familiare*, se non proprio *ereditaria* (Eichorst, Kidd, Wagner); ne riferiscono uno tipico Lecorché e Talamon; Arnozan nella sua relazione al III Congresso francese di medicina (Nancy 1896) espose altri due casi, uno dei quali (pubblicato dal Dickinson) assai comprensivo, di trasmissione di forme propriamente nefritiche per ben tre generazioni in una stessa famiglia.

Nei casi nominati si osserva talora la trasmissione della madre alla prole (e si interpretò per una intossicazione del feto per via placentare con lesione *secondaria* del rene); talaltra volta invece la trasmissione è per parte del padre; e questo caso appare molto dubbio, in quanto si dovrebbe ammettere una vera e propria *contagiosità* della lesione renale, tale da potersi comunicare « per coitum » come potrebbe dirsi ad esempio della sifilide; e nulla finora ha provato che tale contagiosità realmente esista. Una evidente ereditarietà fu realmente riconosciuta (Jehle, Pelnar) nelle albuminurie ortostatiche, e per tali forme morbose è ancora da molti ammessa (Barlocco). Fu discussa — ed è tuttora dubbia — nelle « albuminurie cicliche » (Klemperer).

Successivamente per opera di Castaigne e Rathery fu messa in luce la possibilità di una « labilità renale congenita familiare » per la quale anche un eccesso di alimentazione, una infezione lieve, una semplice corizza, sono elementi sufficienti per lo sviluppo di fenomeni nefritici. Su questo argomento si è molto detto e molto di-

scusso. Si sono invocate (Teissier, Zagari, Murri) alterazioni renali congenite a tipo familiare da fatti discrasici; fu riconosciuta (Francioni, Pacchioni, Spolverini) la possibilità di trasmissione, da parte della madre nefritica alla prole, per via placentare o per via lattea, di principi tossici tali da poter provocare reazioni morbose del sistema nervoso o tare costituzionali (insufficienza ipofisaria, Bonacorsi), alterazioni queste che avrebbero un carattere nettamente familiare e — in certo qual modo — ereditario.

Questo lo stato attuale delle conoscenze.

***

Studiando — per cortese concessione del Primario, prof. Pontano — i malati di scarlattina ricoverati nel Reparto Isolamento al Policlinico « Umberto I » di Roma, nei riguardi della complicazione renale di tale malattia infettiva, ho avuto modo di osservare alcuni casi tipici, i quali — lungi dall'essere probativi in favore o contro le ipotesi su esposte — pure meritano a mio avviso di essere riferiti. Trattasi di quattro gruppi di pazienti consanguinei i quali in seguito alla infezione sofferta o indipendentemente da essa presentarono forme, varie per qualità e per gravità, di alterazione renale. Espongo in brevi parole questi casi.

OSSERVAZIONE I. — 1) P. Elio, di anni 2.
Anamnesi familiare negativa per malattie ereditarie, contagiose o comunque trasmissibili. Non cardiopatie nel gentilizio. La madre ignora se durante la gravidanza sia stata albuminurica. Anamnesi personale remota negativa.
Ricovera in Ospedale per scarlattina; la malattia decorre lieve; la convalescenza esente da complicazioni suppurative. Alla XIX giornata dall'inizio della malattia si manifesta complicazione renale, che segue un decorso piuttosto benigno.
Esce dall'Ospedale non guarito.

2) P. Paolo, di anni 5 (fratello).
Anche per questo la madre non sa dire se abbia sofferto di albuminuria in gravidanza. Anamnesi personale remota negativa.
Ricoverato in Ospedale per scarlattina, che decorre non grave. Non complicazioni suppurative in convalescenza. Alla XVII giornata di malattia si manifesta complicazione renale di una certa gravità.
Esce dall'Ospedale non guarito.

OSSERVAZIONE II. — 1) O. Gina, di anni 12.
Nessuna malattia ereditaria, contagiosa o comunque trasmissibile nell'anamnesi familiare. La madre sofferse di albuminuria cospicua ed edemi diffusi durante la gravidanza. Anamnesi personale remota negativa. Ha vissuto dall'età di 6 anni in collegio, e si apprende che è sempre stata pallida e di delicata costituzione; si ignora se sia mai stata albuminurica.
Viene ricoverata in Ospedale per scarlattina; la malattia decorre lieve. Non complicazioni suppurative in convalescenza. Fin dall'ingresso in Ospedale manifesta lieve albuminuria che declina in breve tempo; durante tutta la degenza però si ripresentano — ad intervalli di 10-12 giorni — poussées albuminuriche che durano 5 o 6 giorni, accompagnate da comparsa nel sedimento di rarissimi cilindri jalini e senza altre manifestazioni; la diuresi e la eliminazione dei sali si mantiene regolare, ad eccezione di una di tali poussées (verso la XXV giornata di malattia) che fu accompagnata da ritenzione azotata e clorurica cospicua.
Esce dall'Ospedale dopo sessanta giorni di degenza, avendo presentato cinque regolari periodi di albuminuria ribelle ad ogni trattamento.

2) O. Olga, di anni 10 (sorella).
Anche questa volta la madre sofferse in gravidanza di albuminuria cospicua ed edemi diffusi. Negativa l'anamnesi personale remota. Anche l'attuale malata è pallida, gracile.
Entra in Ospedale con scarlattina che decorre modicamente grave. La complicanza renale insorge bruscamente, ed è gravissima (anuria, eclampsia). Non era precedentemente stata albuminurica.
Uscita dall'Ospedale (non guarita), l'eliminazione dell'urea e del cloruro di sodio riprendono a poco a poco normali, ma persiste albuminuria ribelle fino a sei mesi dopo l'uscita dall'Ospedale; non ebbi in seguito più occasione di rivedere la paziente.

3) O. Eva, di anni 38 (madre).
Anamnesi familiare negativa. Non malattie degne di particolare menzione nell'anamnesi personale remota. Ebbe due gravidanze condotte a termine, nessun aborto. Come si disse, durante ambedue le gravidanze fu cospicuamente albuminurica.
Presentemente la diuresi è normale, l'eliminazione delle sostanze urinarie è normale; ha peraltro albuminuria lieve, persistente, ribelle a qualsiasi trattamento.
Esame generale negativo.

OSSERVAZIONE III. — 1) S. Dora, di anni 26.
Negativa l'anamnesi familiare. Nell'infanzia andò soggetta a frequenti tonsilliti e laringiti; le è residuata laringite catarrale cronica. È affetta da insufficienza con stenosi mitralica (perfettamente compensata). Una gravidanza a t.; non aborti.
Ricovera con lieve scarlattina. La convalescenza decorre senza complicazioni.
Durante tutta la degenza presenta albuminuria che non cede ad alcun trattamento.

2) S. Sergio, di anni 5 (figlio).
Nessuna malattia pregressa. Soggetto pallido, gracile; lieve adenoidismo.
Ricovera per difterite faringea; decorso lievissimo, guarigione rapida senza complicazioni.
Durante tutta la degenza presenta albuminuria non cospicua, ribelle a qualunque trattamento. Diuresi ed eliminazione regolari; nulla nel sedimento.

OSSERVAZIONE IV. — 1) S. Dante, di anni 4.
Anamnesi familiare negativa per malattie ereditarie o trasmissibili. La madre è affetta da insufficienza aortica.

Soggetto gracile, note di rachitismo lieve; albinismo.

Ricovera in Ospedale con scarlattina; decorso grave con associazione difterica faringotonsillare. Non complicazioni in convalescenza. Durante tutta la degenza fu più o meno notevolmente albuminurico; diuresi sempre regolare, eliminazione regolare, sedimento negativo (tranne nei primi giorni di degenza, in cui si riscontrò qualche emazia e qualche cilindro granuloso).

2) S. Nara, di anni 2 1/2 (sorella).

Anamnesi remota negativa. Soggetto gracile; albinismo.

Entra in Ospedale con scarlattina; decorso lieve, senza complicazioni in convalescenza.

Durante la degenza fu cospicuamente albuminurica (1/2-1 1/2 per mille quotidianamente), ribelle a qualsiasi tentativo di cura. Diuresi ed eliminazione sempre regolari; nulla nel sedimento.

Esce dall'Ospedale a convalescenza appena iniziata.

3) S. Flora, di anni 9 (sorella).

Morbillo nella prima infanzia. Nessun'altra malattia degna di nota. Soggetto di costituzione scheletrica regolare, ben nutrito e sanguificato; non albinismo.

Scarlattina lievissima; in convalescenza complicazione ghiandolare non suppurata.

Durante tutta la degenza fu lievemente albuminurica; verso la XVI giornata di malattia l'albuminuria aumentò e comparvero nel sedimento emazie e cilindri granulosi; la lieve alterazione scomparve in pochi giorni, residuando però persistente la lieve albuminuria.

4) S. Vittoria, di anni 40 (madre).

Anamnesi familiare negativa.

Anamnesi personale remota negativa per qualsiasi malattia degna di nota. È affetta da molto tempo da insufficienza aortica. Quattro gravidanze a termine; non aborti.

Ammala di scarlattina (non spedalizzata); decorso assai grave. In convalescenza grave forma di glomerulonefrite emorragica.

I casi sopra riportati sono troppo scarsi perchè da essi si possa ricavare alcun elemento sicuramente probativo in favore o meno della questione.

Essi possono però, esaminati singolarmente, condurre alle osservazioni seguenti:

1) che possano esistere *condizioni familiari di labilità renale*, tali da poter favorire, anche in seguito ad una infezione lieve, lo stabilirsi di una lesione renale, appare in taluni casi chiaro (osserv. I e II);

2) possono verificarsi casi in cui questa labilità possa essere trasmessa (probabilmente) dalla madre alla prole per via placentare, quando la madre sia affetta da nefrosi gravidica (osservazione II);

3) si può osservare una trasmissione di labilità renale — esplicantesi sotto forma di albuminuria ribelle — alla prole da parte della madre cardiopatica (albuminuria da stasi); e tale labilità può essere di natura tale da non pregiudicare il rene anche nel caso che sopraggiunga una malattia infettiva, sia pure di una certa gravità (osserv. III e IV).

Appare da ciò evidente che debba riconoscersi l'esistenza di una predisposizione organica trasmessa, un'alterazione umorale ereditaria, una filtrazione di sostanze *nefropatogene* dalla madre al feto (Castaigne e Rathery). In ogni modo, ripeto, da quattro sole osservazioni non può trarsi una serena conclusione su questo interessante capitolo della patologia renale.

BIBLIOGRAFIA.

Arnozan. III Congr. Franç. de méd. Nancy, 1896.

Lecorché e Talamon. *Traité de l'albuminurie.*

Castaigne e Rathery. *Du rôle de l'hérédité en pathologie rénale.* Sémaine méd., nov. 1904.

Klemperer. *Ueber cyklische Albuminurie.* Berliner Klinische Wochenschr., 1889.

Lommel. *Ueber Pubertätsalbuminurie.* Duetsch. Arch. f. Klin. Med.

Pelnar. *Zur Pathogenese der orthostatischen Albuminurien.* Zentralbl. f. inn. Med., 1905.

Teissier. *Evolution des néphrites infectieuses.* Bull. méd., 1904.

Id. *Albuminuries dites fonctionelles.* Traité de Thér. Prat.

Jehle. *Die orthostatische Albuminurie.*

Senator. *Die Erkrankungen der Nieren.* Vienna, 1902.

Maragliano. *Lezioni Cliniche,* 1920.

Volhard e Fahr. *Klinik und Pathologie der Brightichen Krankheiten.*

Francioni. *Contributo clinico alla conoscenza delle affezioni del lattante da causa materna.* Riv. di Clin. Ped., 1910.

Pacchioni. *Reazione morbosa del sistema nervoso dei lattanti nutriti da donne nefritiche.* Scritti med. in onore di C. Bozzolo.

Spolverini. *A proposito di nefrite materna e allattamento.* Riv. di Clin. Ped., 1910.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

R. Istituto di Clinica Chirurgica della Università di Roma
diretto dal Prof. R. ALESSANDRI.

La filariosi in Italia.
Un caso di chiluria da Filaria Bancrofti.

Prof. dott. JURA VINCENZO, aiuto
docente di Patologia Chirurgica.

Il passaggio del chilo nelle urine (chiluria) può essere dovuto a comunicazioni unica o multiple, le quali si possono stabilire tra le vie escretorie urinarie ed i linfatici addominali. Esse si avverano per lo più quando ostacoli, esistenti nelle vie linfatiche addominali profonde, determinano a carico dei linfatici ectasie, ed a lungo andare fistole chilose. Ciò si verifica specialmente quando nei linfatici profondi addominali si localizzano parassiti, come la Filaria Bancrofti, lo Schistomozomam ematobium, la tenia rara Strongle Géant ecc.

La filariosi era ritenuta una malattia rara in Europa, ma le osservazioni pubblicate da poco più di un decennio hanno dimostrato, in Italia specialmente, la presenza di focolai autoctoni in regioni prima non ritenute infette.

La più importante delle forme di filariosi è indubbiamente quella dipendente da Filaria Bancrofti, altrimenti detta Filaria Sanguinis hominis o nocturna ecc.

In alcune zone tropicali ed intertropicali dell'Asia, dell'Africa, nelle Antille ecc. il 10-20-30 e persino il 50 % degli abitanti può essere colpito dall'infezione.

In Europa Font y Torné nel 1894 (citato da ALESSANDRINI GIULIO in *Malattie Infettive dell'Uomo e degli Animali*, vol. III, Lustig A., edit., F. Vallardi, Milano) ne rinvenne il primo caso in Spagna (provincia di Barcellona).

J. Dumas e A. Petti (*C. R. Soc. Biol.*, t. LXXXII, n. 14, p. 512, a. 1919) riferirono un altro caso in un uomo di 60 anni, ferroviere, che era stato operato da Bonneau: il paziente abitava a Parigi e non aveva mai lasciato la Francia. Egli presentava gonfiore dello scroto, che era incominciato da 4 anni circa ed era più sviluppato a sinistra. A destra la vaginale conteneva liquido libero, a sinistra conteneva circa 1200 cmc. di liquido con colore simile al cioccolato. Bonneau praticò una resezione del foglietto parietale della vaginale, la quale si presentava duro-fibrosa e molto ispessita (cm. 1,5); il testicolo si presentava tomentoso e rugoso. L'esame istologico della vaginale parietale dimostrava la presenza di un tessuto linfoide, con vasi linfatici, arterie, vene e nervi. Nel lume di un dotto linfatico si osservava un verme raggomitolato su se stesso che fu messo in evidenza in sezioni varie e fu giudicato con tutta probabilità il maschio della Filaria Bancrofti.

In Italia nel 1903 Biondi (*Atti della R. Accademia dei Lincei*, 14 gennaio 1903, p. 538) osservò un uomo di 20 anni, proveniente da Gibilterra e che dimorava a Siena da meno di un anno: il paziente da cinque mesi presentava dimagrimento e chiluria. L'A. rinvenne nelle urine emato-chilose, così come nel sangue circolante, esaminato durante il sonno, larve di Filaria Bancrofti; riuscì a mantenerle vive per circa 15 giorni con opportuni accorgimenti. Nell'occasione l'A. fece presente la provenienza dell'infermo da una zona della stessa latitudine della Sicilia.

Più interessante è il caso pubblicato dal Famulari nel 1916 (*Pathologica*, 1916, p. 223) e riferentesi ad una donna di 51 anni, nata e residente in provincia di Messina. Essa si era ricoverata in Ospedale per cardiopatia e presentava urine chiluriche, nelle quali si rinvennero microfilarie, che poi furono anche riconosciute nel sangue circolante prelevato nelle ore notturne. L'A. fece presente che la paziente non si era mossa mai dalla provincia di Messina, però fece notare come dai paesi, nei quali la paziente aveva dimorato, operai emigravano temporaneamente in zone infette di filariosi. L'A. perciò presumeva che fossero stati questi i portatori della filariosi in provincia di Messina.

La Cava ancora nel 1917 riferì (*Pathologica*, 1917, p. 4) che a Casale sul Sile in provincia di Treviso aveva osservato un uomo di 30 anni, con elefantiasi dell'arto inferiore di sinistra e dello scroto, datante da cinque anni; nel sangue dello stesso individuo, così come in quello di alcuni suoi famigliari, rinvenne la Microfilaria Bancrofti. Il paziente affetto da elefantiasi così come le altre persone della sua famiglia non si erano mai mosse dalla provincia di Treviso; non tutti i componenti di questa famiglia presentavano la microfilaria nel sangue circolante.

Di quelli affetti da filariosi alcuni non avevano presentato mai manifestazioni cliniche morbose. Altri invece avevano avuto od avevano in atto manifestazioni morbose attribuibili a tale infezione. Infatti un uomo di 42 anni della stessa famiglia aveva sofferto « antecedentemente degli accessi di probabile chiluria »; all'osservazione del La Cava lo stesso paziente presentava « incipiente elefantiasi delle mani, ed una varice linfatica alla base del mignolo destro ». Una donna presentava « varici linfatiche della parete addominale »; in un ragazzo la cicatrice ombelicale sporgente era grande quanto una nocciuola, ricoperta da cute leggermente ispessita e di consi-

stenza fibrosa. Alcuni altri della stessa famiglia presentavano « periodici disturbi intestinali (diarrea chilosa?) ».

Nello scorso anno il 24-4-1927 si presentò alla nostra osservazione nella R. Clinica Chirurgica dell'Università di Roma un giovane uomo affetto da chiluria (1).

M. C., di anni 28, da Gessopalena (prov. di Chieti); contadino, ammogliato. Nulla nei collaterali degno di rilievo in rapporto all'attuale malattia.

A 15 anni si ammalò di tifo. A 18 anni il paziente fu chiamato alle armi, e per pochi mesi stette sul Basso Piave nella zona del Sile con i suoi reparti combattenti. In tale periodo si ammalò di ulcere veneree. A 24 anni soffrì nevralgie intercostali, delle quali guarì senza cure speciali.

Nel maggio 1926 il paziente avvertì dolori ai lombi; contemporaneamente notò che dopo aver camminato a lungo o dopo strapazzi le urine si intorbidavano, divenendo di aspetto latteo ed a volte tinte di rosso. Restato a letto per circa 40 giorni le orine ripresero l'aspetto normale, e tali si mantennero anche per un breve periodo, nel quale il paziente riprese le abituali occupazioni. Ma ben presto si ripresentò ematochiluria, indipendentemente dagli strapazzi, mantenendo le urine l'aspetto lattescente specie nelle ore della digestione, e principalmente dopo l'ingestione di farinacei. In seguito i dolori scomparvero, ma l'aspetto delle orine non ritornò più al normale, producendosi gradualmente deperimento grave e debilitamento delle forze, tanto da non potere più il paziente attendere alle sue occupazioni. Mentre da principio la minzione era normale, in seguito compariva saltuariamente pollachiuria; a volte arresto del getto urinario e ripresa della minzione dopo sforzi, con emissione di coaguli facilitata da manovre di stiramento dell'asta. Mai febbre.

Esame obbiettivo: 26-4-1927. Regioni lombari simmetriche indolenti, nulla a carico della colonna vertebrale. Reni non palpabili nei due lati. Lieve dolorabilità sul punto medio ureterale destro. Ipogastrio indolente. Organi genitali esterni normali; meato uretrale congenitamente ristretto. Nulla nel resto dell'addome: fegato e milza nei limiti. Apparato cardio-vascolare normale. Micropoliadenopatie latero-cervicali. Cute e mucose visibili pallide. Scarso pannicolo adiposo. Sviluppo scheletrico regolare. Appetito conservato. Funzioni gastro-intestinali normali.

Esame delle urine: le urine si presentano lattescenti e lasciate sedimentare in un bicchiere a calice si dividono in tre strati: uno inferiore di colore roseo, uno medio di colore latteo ed uno superiore, nel quale si rinvengono numerosi coaguli più o meno grandi; alcuni di questi sono costituiti solo da sangue coagulato, altri presentano anche zone di aspetto lattiginoso somiglianti a liquido chilurico. Quantità giornaliera media cmc. 1000. Densità (a 15°) 1020, reazione neutra, urea 17 ‰, albumina presente, glucosio assente, pigmento ematico presente. L'esame microscopico a fresco della zona superficiale del liquido lattiginoso dimostra la presenza di numerosissime goccioline di grasso. Il sedimento sul fondo del bicchiere a calice dimostra la presenza di numerosissimi corpuscoli rossi, qualche corpuscolo bianco, cellule di sfaldamento delle vie basse urinarie e rari cristalli di fosfato. Trattando l'urina chilosa con l'etere, questa si rischiara ed il grasso si stratifica con l'etere sulla superficie del liquido.

Azotemia: 0,43 ‰.

Esame del sangue: globuli rossi 4.500.000, globuli bianchi 10.000; formula leucocitaria: neutrofili 69 %; eosinofili 2,5 %; monociti e forme di passaggio 18 %. Linfociti 10,5 %. Piastrine 355.310.

Reazione di Wassermann: negativa.

Cutireazione alla tubercolina: positiva.

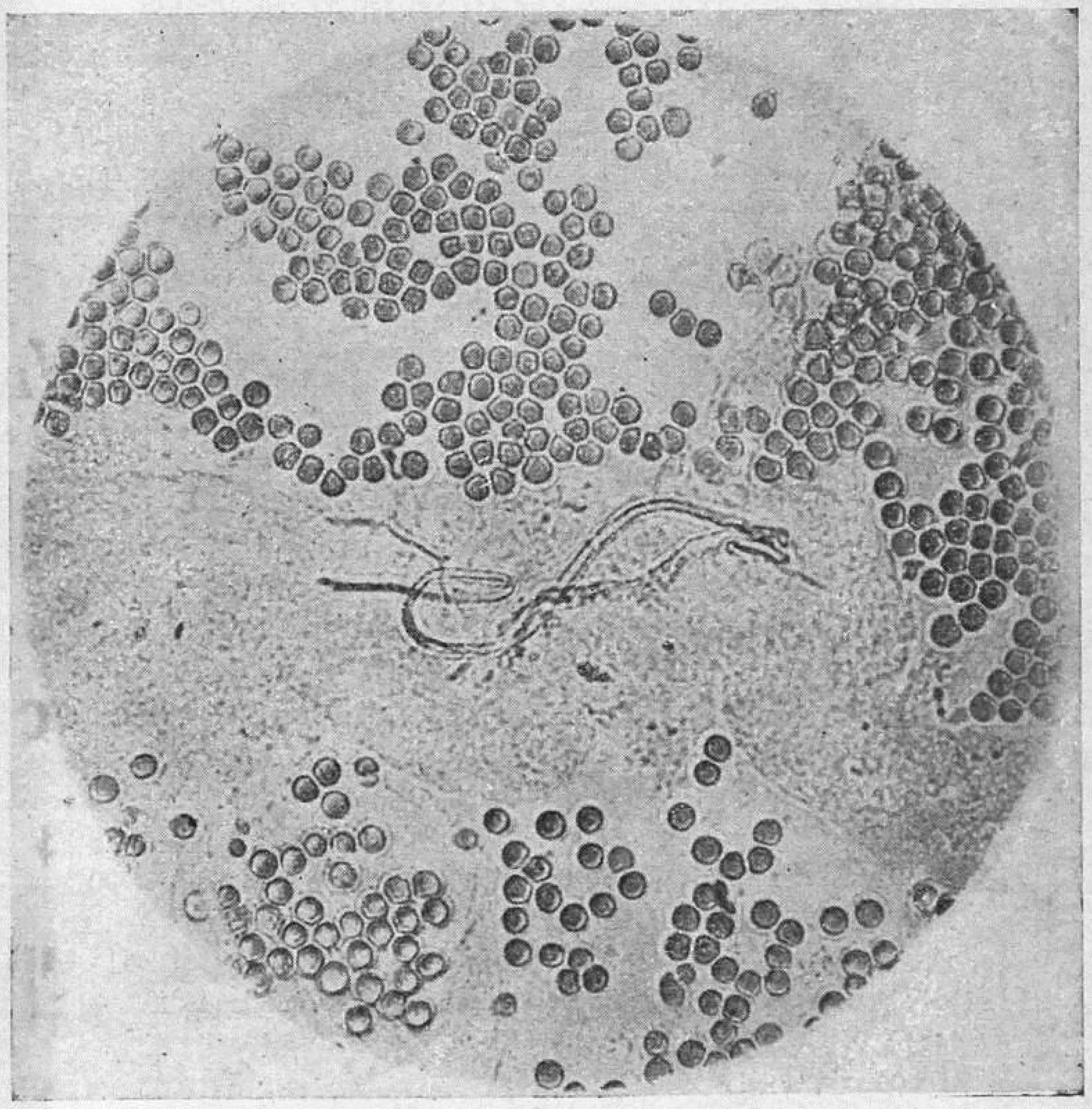


Fig. 1.

Con esami ripetuti numerose volte per parecchie notti, sul sangue circolante prelevato durante il sonno, misi in evidenza la presenza di numerose microfilarie con caratteri morfologici tipici della Filaria Bancrofti (v. fig. 1). Rinvenni cioè parassiti filiformi, del diametro di un eritrocito, lunghi 25-40 volte più del diametro; essi si presentavano mobili per 10-15 secondi, trasparenti e più numerosi (10-15 per campo microscopico) se prolungato era stato il periodo di sonno del paziente. L'estremità cefalica, arrotondata possedeva un rostro, la caudale era assottigliata a punta. Con bleu di metilene e bieosinato di Tribandeau (specie usando il metodo vitale), si metteva in evidenza una zona chiara esterna translucida costituita da una sottile cuticola. Nell'interno del parassita si trovarono numerosi granuli, intercalati da 5 zone chiare o macchie, di cui una centrale maggiore; a livello di quella caudale si riconosceva un poro. Nelle urine, filtrate subito dopo l'emissione, rinvenni lo stesso reperto con i medesimi caratteri sia a fresco che colorato.

Esame cistoscopico: capacità vescicale cmc. 250; presenza di coaguli in vescica; mucosa vescicale e sbocco ureterale normale; dallo sbocco ureterale di destra fuoriesce urina biancastra. Elimina-

---

(1) Il caso in parola fu riferito al VI Congresso Italiano di Urologia (ottobre 1927) dal prof. ALESSANDRI (*Tentativi di cura chirurgica nella chiluria*).

zione dell'indaco carminio a sinistra dopo 4', a destra dopo 5'. Il catetere nell'uretere di sinistra si arrestava a 5-6 cm. dallo sbocco ureterale, per ostacolo che non si riusciva a superare. Uretere destro cateterizzabile fino alla pelvi; con i cateteri negli ureteri l'acqua di lavaggio vescicale restava limpida, così come in seguito costantemente, quando l'uretere sinistro non era cateterizzato. Anche dall'uretere destro dopo il primo cateterismo si avevano urine non chiluriche; nei giorni successivi, permanendo le urine limpide, comparvero i dolori lombari, che cessarono col ricomparire delle urine chiluriche, dopo 7 giorni.

Successivamente, ripetendo il cateterismo dell'uretere destro, si otteneva urina limpida a 25 cm dallo sbocco ureterale; ritirando il catetere dalla pelvi per 2-3 cm. si avevano urine chilose. La pielografia praticata a destra dimostrava la pelvi renale normale.

Furono fatti vari tentativi di terapia medica: somministrazione di acido timico, chinino, ecc.; tra gli altri tentativi dopo avere somministrato al paziente per alcuni giorni per os acqua cloroformica fu praticata per due notti cloro-narcosi durante il sonno del paziente.

Da quanto innanzi, presumendosi la presenza di una fistola chilo urinosa alta dell'uretere destro si decise di intervenire chirurgicamente.

In un primo intervento del 28-6-1927 il prof. Alessandri con lombotomia obliqua destra isolò l'uretere destro, che si presentava libero fino a 2-3 cm. dalla pelvi: quivi l'uretere aderiva intimamente al grasso della capsula adiposa a causa di numerose ectasie linfatiche, le quali avvolgevano l'ultimo tratto della pelvi e l'uretere nei primi 2-3 cm.; esse erano numerosissime, tanto da costituire un groviglio, si dirigevano verso l'aorta e la cava, sui punti di confluenza delle vie linfatiche addominali; in mezzo alle ectasie linfatiche si rinvenne un ganglio linfatico quanto un grosso fagiuolo. Isolamento e dissezione della pelvi e dell'uretere per 4-5 cm., asportando i linfatici ectasici aderenti. Intorno al tratto di uretere isolato si passò un lembo di grasso. Chiusura della parete a strati. Guarigione per prima della ferita. Nei primi 5 giorni dall'intervento le urine si mantennero limpide, dipoi si ripresentarono chiluriche.

Con successivi cateterismi ureterali a destra si dimostrò essersi formata una nuova comunicazione chilo-urinosa ad 8 cm. dalla pelvi. Un secondo intervento (prof. Jura), col quale si isolò l'uretere fino quasi allo sbocco viscerale, rimase infruttuoso. L'ammalato fu dimesso l'1-8-1927 con chiluria in atto (1).

Il caso innanzi riferito offre il massimo interesse. Gli esami cistoscopici fecero individualizzare le comunicazioni tra i linfatici addominali ectasici e l'uretere di destra. Essendosi quivi riconosciuta la presenza di una fistola si ritenne l'indicazione per l'intervento; l'assenza di ematochiluria per 5 giorni dimostrò il successo temporaneo del primo intervento. Senonchè nuove comunicazioni linfo-urinarie si dovettero stabilire con i tratti più bassi ureterali.

L'insuccesso del secondo intervento forse era da attribuirsi a molteplicità delle fistole chilo-urinose, lungo tutto il tratto inferiore dell'uretere.

In quanto alla terapia medica parassiticida, essendo noti gli insuccessi delle varie sostanze finora adoperate, volemmo saggiare se il cloroformio, somministrato in ore in cui le microfilarie invadono il circolo sanguigno, riuscisse a danneggiare i parassiti. Ma anche tale espediente escogitato riuscì vano. Pertanto, perdurando la perdita del chilo, accrebbe la denutrizione dell'infermo, che è venuto in seguito a morte per lesioni polmonari tubercolari.

Ma il caso illustrato offre il più grande interesse anche dal punto di vista epidemiologico: poichè, a meno che non si voglia supporre la preesistenza di una endemia ignorata in Abbruzzi, non si può riconoscere altra fonte di infestazione all'infuori del periodo in cui il paziente dimorò sul Basso Piave, durante il servizio militare nel 1918-19 nella zona del Sile. Quivi il La Cava nel 1917 aveva identificato il focolaio di filariosi in una famiglia di contadini.

Tale circostanza può essere utile alla ricostruzione del quadro epidemiologico e non può fare a meno di far sospettare che focolai di infezione possano esistere tuttora ignorati. La importanza di essi però non può sfuggire, specie se si considera che la trasmissione dei parassiti è legata a zanzare che sono diffusissime anche da noi.

Luglio 1928.

ISTITUTO D'IGIENE DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
LABORATORIO BATTERIOLOGICO.

Infezione urinaria mista da B. tubercolare e da paratifico B., con contagio coniugale.

Prof. VITTORIO PUNTONI.

M. B., da Fabriano, di anni 40, nel dicembre 1926 soffrì di una affezione febbrile durata 12 giorni, che venne clinicamente diagnosticata come una forma tifoidea, sebbene non venissero eseguite prove sierodiagnostiche. La febbre fu piuttosto elevata, con temperature superiori a 39°, con remittenze mattutine, accompagnata da cefalee e dolori addominali, con tendenza piuttosto alla stitichezza che alla diarrea.

Durante la malattia il paziente accusò altresì dolore alla regione costale sinistra, che aumentò anche dopo caduta la febbre, e che dette luogo ad un ascesso. Fu diagnosticata un'osteo-periostite costale post-tifica, e poichè all'ascesso seguì un seno fistoloso senza tendenza al rimarginamento, nel maggio 1927 venne operato di raschiamento costale; ma, nonostante l'intervento, il seno fistoloso si formò di nuovo con scarso essudato purulento.

Sempre durante la malattia, le urine, che per lo avanti sembra che fossero limpide, divennero

---

(1) Recenti notizie fornite dal medico curante ci informano che il paziente è venuto a morte il 2 febbraio 1928 per tubercolosi polmonare. Durante gli ultimi mesi di vita sarebbe comparsa diarrea (chilurica?) e dolori addominali.

torbidissime e si sa che vi fu riscontrata abbondante albumina. È da rilevare che l'M. B., un anno avanti, aveva sofferto una bronco-polmonite, che aveva lasciato traccie di albumina nelle urine. Terminata l'affezione tifoidea le urine rimasero alquanto torbide.

Nel febbraio 1927 l'ammalato ebbe una crisi dolorosa, diagnosticata come colica renale, che durò circa 8 ore, senza emissione di sangue.

Perdurando la torbidità delle urine, ne venne eseguito l'esame che dimostrò il 0,15 ‰ di albumina, muco-pus, abbondantissimi leucociti e la presenza di un batterio che alle prove eseguite risultò essere il paratifo B.

Nel maggio 1927, dopo l'operazione costale, si manifestò una seconda colica, ed un'altra analisi di urina dimostrò la presenza di emazie, oltre ai reperti sopra citati, compresa la presenza del paratifo B.

Venne allora diagnosticata una pielite da paratifo B, e fu prescritta un'autovaccinazione, iniziando con dosi di 50 milioni; ma questa dette tali reazioni che dovette essere abbandonata.

Una terza colica si produsse il 22 febbraio 1928 e questa volta si ebbe l'emissione di un piccolo calcolo. In seguito a ciò l'ammalato si sottopose ad altre indagini.

Nel marzo 1928 venne eseguita una radiografia del torace che dimostrò una zona d'infiltrazione apicale a destra; a sinistra ombra ilare marcata ed un focolaio di calcificazione endopolmonare. Altra radiografia della regione renale avrebbe dimostrato la dilatazione del bacinetto destro. L'ammalato venne inoltre sottoposto alla inoculazione di un quarto di milligrammo di tubercolina che causò un'elevazione termica fino a 40°, aumento della torbidità urinaria e dolore in corrispondenza della loggia renale sinistra.

La prova del bleu di metilene, dette eliminazione in 5' a destra, in 7' a sinistra; l'urina dell'uretere sinistro risultò contenere il 16 ‰ di urea; l'azotemia risultò del 0,33 ‰; alla cistoscopia vennero riscontrate ecchimosi della mucosa vescicale ed accenno ad edema bolloso del trigono. Non risulta che siano state eseguite altre indagini.

In seguito a tali reperti venne posta la diagnosi di pielite tubercolare destra e l'ammalato fu consigliato a farsi operare.

L'ammalato, reso titubante dalla diversità delle diagnosi e degli opposti consigli, ricorse a me nel marzo 1928, per ulteriori indagini.

L'esame delle urine, che erano molto torbide, dimostrò tracce di albumina, muco-pus, nonchè un abbondante sedimento costituito da leucociti polinucleati misti ad un numero inverosimilmente forte di batteri negativi al Gram. Eseguiti gli isolamenti e le prove di identificazione, tali batteri risultarono essere paratifi del tipo B, con tipici caratteri culturali e biochimici, agglutinabili fino al titolo limite (1:1600) per l'azione di un siero antiparatifico B.

Prelevato il sangue dell'ammalato, si eseguì la sierodiagnosi, che risultò positiva al tasso di 1:800 tanto verso il paratifo B. isolato, quanto verso un altro ceppo di laboratorio. L'emocoltura rimase invece negativa.

Estese le ricerche al pus della fistola costale, fu facilmente isolato il paratifo B, tipico sotto ogni rapporto.

Contemporaneamente a tale indagine, venne ricercato il b. tubercolare nelle urine e nel pus della fistola; ma gli esami microscopici furono del tutto negativi. Tali materiali furono allora inoculati alle cavie.

Col sedimento urinario fu inoculata una cavia nel peritoneo ed una nella coscia sinistra. La prima morì dopo 10 giorni con molteplici raccolte purulente retro-peritoneali, due delle quali situate presso lo sbocco degli ureteri in vescica; nel pus e nell'urina si riscontrò il paratifo B. L'altra cavia presentò un grande ascesso al luogo d'inoculazione con reperto di paratifo B; morì dopo circa 15 giorno ed all'autopsia si riscontrò soltanto un'emorragia interna; nelle urine abbondava il paratifo B; nessuna delle due cavie presentò lesioni tubercolari.

Venne allora ripetuta l'inoculazione nella coscia in altre 2 cavie, con urina del 3 aprile 1928, il cui sedimento, prima dell'inoculazione, fu in parte sottoposto al trattamento con la soda secondo il procedimento di Petrof, ed in parte al trattamento con acido solforico al 10 %

Contemporaneamente un'altra cavia fu inoculata col pus della fistola costale.

Le due cavie inoculate col sedimento urinario sbarazzato dal paratifo B, mostrarono i primi segni di tubercolosi gangliare dopo circa 50 giorni e morirono in seguito a tubercolosi generalizzata dopo 4-5 mesi. La cavia inoculata col pus della fistola costale non mostrò invece alcun sintoma di tubercolosi.

Con tali ricerche venne quindi chiarito il caso, risultando un'infezione urinaria mista, tubercolare e da paratifo B. Con ogni verosimiglianza si può presumere che l'infezione paratifica B si sia installata sopra una pelvi precedentemente tubercolare. Quanto alla affezione costale essa risultò causata dal solo paratifo B.

Durante il tempo richiesto dalle prove biologiche sulle cavie, ed essendo già risultata positiva la presenza del paratifo B, si stimò opportuno un trattamento batterioterapico del malato, per cercare di influire beneficamente sull'infezione da paratifo. Fu pertanto preparato un autovaccino e somministrato cautamente, iniziando con dosi di 50 milioni e terminando con dosi di un miliardo. L'intero trattamento fu eseguito con 20 iniezioni, nel maggio 1928.

La vaccinazione portò come conseguenza la completa guarigione della fistola costale; le urine subirono una diminuzione di torbidità, ma il paratifo B vi si mantenne e fu ritrovato dopo il termine del trattamento. Così pure fu ancora svelato il b. tubercolare con l'inoculazione nella cavia. Una seconda serie batterioterapica eseguita nell'agosto non portò a nessun migliore risultato.

Pertanto la batterioterapia specifica giovò nel senso di portare a guarigione la fistola determinata dal solo paratifo B, ma non risultò efficace per combattere l'affezione urinaria pelvica innestata su terreno tubercolare.

Nel marzo 1928, mentre mi occupavo delle ricerche sull'M. B., la di lui moglie mi avvertiva che da alcuni mesi aveva osservato una certa torbidità delle urine e tendenza alla piuria. Volli pertanto estendere le indagini anche alla coniuge dell'M. B., nei riguardi del paratifo B.

Le urine della signora M. risultano torbide, contenenti tracce di albumina, muco-pus, numerosi leucociti nel sedimento ed in esse fu isolato in grandissima quantità il paratifo B.

Sottoposta anche la signora M. a due serie batterioterapiche, non si ebbe alcun sensibile miglioramento ed il paratifo B continuò a permanere, per cui si sospettò che anche nel suo caso potesse trattarsi di una infezione mista, molto più che la Signora aveva sofferto di una peritonite tubercolare.

Il 23 ottobre 1928 si inocularono quindi due cavie nella coscia e nel dorso, con il sedimento urinario, e si ebbe la sorpresa di vedere sviluppare una tipica tubercolosi gangliare con successiva diffusione del processo

Ci troviamo pertanto in presenza di un caso eccezionale di infezione urinaria mista, da b. tubercolare e da paratifo B, in due coniugi. Quali possono essere i rapporti intercedenti fra le singole infezioni delle due persone?

Sarebbe invero arduo lo stabilire se la forma tubercolare urinaria che si è manifestata nei due coniugi, sia riferibile ad un contagio.

Il contagio tubercolare fra coniugi, è stato oggetto di tali discussioni anche per la forma polmonare, che sarebbe azzardato prospettare l'ipotesi di una tubercolosi urinaria trasmessa dall'uno all'altro coniuge, molto più che ambedue presentano antecedenti tubercolari.

Per contro l'ipotesi di un contagio, trasmesso dall'uomo, che subì certamente una forma paratifica, alla donna, che non ne presenta traccia nell'anamnesi, si prospetta in modo straordinariamente suggestivo per ciò che riguarda l'infezione urinaria da paratifo.

Ed è egualmente suggestiva l'ipotesi che un precedente stato tubercolare dell'apparecchio urinario, abbia favorito la localizzazione del b. paratifico nell'apparecchio stesso.

OSPEDALE CONSORZIALE DI VETRALLA

La decapsulazione in urologia, in medicina e in chirurgia generale. Un caso di gravissima eclampsia in gravidanza trattato colla decapsulazione bilaterale. Guarigione.

Dott. FRANCESCO TONDO, primario chirurgo.

La decapsulazione renale si è affermata sicuramente quale operazione indispensabile nell'urologia. La tecnica è semplicissima, nota a tutti e non starò a descriverla, l'esecuzione facile e rapida (io in una decapsulazione bilaterale ho impiegato 40 minuti, compreso il tempo necessario per ottenere la narcosi eterea), quindi è un intervento alla portata di tutti i chirurgi, che debbono tentarlo perchè può produrre degli effetti salutari.

Vediamo ora quali sono le indicazioni terapeutiche della decapsulazione.

I. È stata usata le prime volte per la cura della nefrite emorragica unilaterale, per la quale l'indicazione chirurgica è nettissima.

Fra i casi personali pubblicati uno è interessantissimo, perchè si tratta di un individuo affetto da ematuria, operato a Lecce di nefrolisi, decapsulazione e nefrotomia perchè il chirurgo sospettava un calcolo. Ebbene tale individuo continua ad avere ematuria come prima. Dopo alcuni mesi si ripresentò all'Ospedale di Lecce e gli fu proposta una cistotomia esplorativa sospettandosi che l'ematuria fosse di origine vescicale. L'infermo rifiutò e nel marzo del 25 lo vedo arrivare improvvisamente a Vetralla, venuto a chiedermi consiglio essendo ridotto in uno stato anemico grave a causa della continua ematuria.

Subito gli feci la cistoscopia e stabilii che il sangue veniva dal meato di destra. La mucosa e la vescica erano completamente normali e la distensione normale. Nello stesso tempo feci l'esame del rene e si vide che l'indaco carminio a sinistra si eliminava dopo 9 minuti, a destra nulla. La costante di Ambard era uguale a 0,076. Io lo sottoposi a nefrectomia destra ed asportai un rene con note intense di nefrite interstiziale e di lesioni dall'antica operazione subita a Lecce per cui dovetti fare una nefrectomia « par morcellement ». Il caso della persistenza immutata dell'ematuria dopo la prima operazione è quasi unico nella letteratura. Gli somiglia un caso di Lauestain, in cui si ripetè dopo 20 giorni dalla nefrotomia una emorragia imponente da mettere in pericolo la vita del paziente e Lauestain fece d'urgenza la nefrectomia. Per essere più precisi il mio caso differisce da quello di Lauestain per la durata dell'ematuria durata oltre 6 mesi.

Come cura di questa forma morbosa è stata praticata la nefrotomia che è l'intervento preferibile da eseguire, con la tecnica stabilita dall'Israël. Tutte le statistiche degli urologi e quella specialmente del grande urologo di Berlino dimostrano la bontà del metodo.

In questi ultimi tempi il prof. Raimoldi ritiene che la nefrotomia appartiene alla storia e che la sola operaziane sia la decapsulazione.

Io osservo al prof. Raimoldi che la nefrotomia è fondata sull'esperienza di molte centinaia di casi mentre la decapsulazione sola ha dato buon esito una volta a Zuckerkandl, una volta al Giordano e un'altra a Freeman e in tre casi di Raimoldi (operati uno da Raimoldi, uno da Margarucci e uno da De Fabi); ora non è logico

raffrontare pochissimi casi ad una falange di casi. Poi vi è sempre la difficoltà della diagnosi. Un'ematuria può dipendere dalle diverse nefriti di natura medica, da piccolo calcolo nel bacinetto, da tumore del bacinetto stesso (papilloma), da tubercolosi incipiente o chiusa che si può presentare anche con ematurie intense mentre nell'orina non si ha pus nè albumina e la ricerca del bacillo di Koch è negativa, perciò il Nicolich, grande urologo, riteneva che nei casi di pretesa ematuria essenziale si procedesse sempre alla nefrotomia esploratrice. Io dunque ritengo che l'indicazione della decapsulazione possa limitarsi solamente a quei casi in cui la funzione del rene adelfo oppure la funzione globale dei reni è relativamente insufficiente. Un intervento importante diretto sul rene malato, nefrotomia, nefrectomia può essere seguito da anuria ed uremia. Cito il caso Casper che avendo operato un individuo di nefrostomia allo scopo di deviare l'orina da una vescica con tubercolosi avanzatissima, perdette l'operato per anuria ed uremia. Più notevole è il caso di J. Nicolich. Anuria riflessa in seguito a nefrectomia per pionefrosi, decapsulazione dell'altro rene: guarigione (*Journal d'urologie*, luglio 1925).

Dunque la decapsulazione non può peggiorare le condizioni dell'altro ma ordinariamente migliora le condizioni funzionali del rene opposto. Quindi sarebbe anche nell'ematuria da nefriti un provvedimento più blando. Ma ripeto la sua efficacia curativa non è costante ed ho operato un ultimo caso: donna di 73 anni, con l'anestesia locale nel quale dopo la decapsulazione del rene destro l'ematuria si arrestò per 20 giorni poi è tornata come prima. È il primo caso di insuccesso che viene pubblicato, ma credo che altri ve ne siano perchè è naturale che molti sono eccessivamente prudenti per pubblicare solo i casi seguiti da successo. Del resto il prof. Raimoldi interrogato da me pochi giorni fa mi diceva che una donna operata un anno e mezzo fa di decapsulazione ha riavuto l'ematuria dopo questo periodo ed è stata costretta a praticare la nefrectomia.

Ronot. Nefrite ematurica, nefrectomia, guarigione.

Damski (de Smolenski Russie) *Journal d'urologie*, 1926, pag. 203.

Aggiungendo 24 osservazioni personali alle 110 di altri autori conclude:

1) Che per la nefrite unilaterale ematurica bisogna fare l'esteriorizzazione del rene e operazioni radicali che vanno fino alla nefrectomia.

2) Nella nefrite ascendente aspettativa armata, evitare di praticare la nefrectomia.

3) Nella nefrite dolorosa ematurica decapsulazione, con pessi se esiste ptosi.

4) Nelle nefriti tossiche (da sublimato) la decapsulazione, metodo razionale di cura non dà nessun risultato perchè il processo tossico colpisce tutto l'apparato digerente.

5) Nelle nefriti mediche (forme diverse del morbo di Bright) la decapsulazione dà qualche volta delle guarigioni di lunga durata: nelle nefriti acute e subacute non oliguria o anuria o nelle puremie gravi non si potrebbe parlare di guarigioni.

Tarozzi (*Contributo alla cura chirurgica delle nefriti mediche*) ha fatto una decapsulazione bilaterale in un caso, in un altro caso ha fatto una nefrotomia a destra, lasciando un tubo di gomma nel bacinetto, e a sinistra semplice decapsulazione. Riferisce che si ebbe un certo miglioramento; ma gl'infermi sono stati osservati per pochissimo tempo e l'autore non dice nulla sugli esiti lontani, che secondo osservazioni degli altri autori dovevano essere addirittura cattivi.

Fronteime. In *diagnosi e cura delle nefriti ematuriche unilaterali* conclude: le emorragie provenienti da un rene dipendono quasi sempre da una lesione anatomica del parenchima renale (contrariamente alla teoria di Klemper sull'ematuria essenziale) (nota dell'Autore).

1) Non può esservi emorragia senza lesione anatomica.

2) Delle modificazioni anatomiche insignificanti del parenchima renale possono esser causa di emorragie renali abbondantissime.

3) Una nefrite emorragica acuta può essere tanto unilaterale quanto bilaterale e nel primo caso deve essere designata col nome di ematuria.

4) Il sintoma di Israel, vale a dire la presenza nell'orina di coaguli vermiformi, si riscontra soprattutto nella nefrite ematurica.

Colombino, nel primo congresso della società italiana di chirurgia riferisce: emtauria renale grave, nefrolisi, scapsulamento, nefrotomia. Si tratta di quelle nefrorragie che altra volta si dicevano essenziali e che oggi si spiegano con esistenza di nefriti parcellari. Tuttavia in questo caso dal punto di vista clinico si sarebbe detto di essere in presenza di una vera forma di ematuria essenziale, infatti non vi era nè albumina nè cilindri. Non esisteva poliuria. L'ammalata, una ragazza di 22 anni che in seguito a questa ematuria profusa, che durava da 6 mesi, era in uno stato di anemia marcatissimo. La guarigione si mantiene da 18 mesi. Anche il Motz sulla patogenesi delle ematurie renali (*Annales des mal. des org. gén. ur.*, n. 7, 1910) dopo aver passato in rassegna tutte le affezioni renali capaci di produrre ematurie, conclude dicendo che nella maggior parte dei casi non è la congestione ma le lesioni di nefriti interstiziali che producono l'ematuria.

Kratter « La decorticazione renale nelle ematurie dette essenziali » (*Rivista Veneta di scienze mediche*, fasc. 6°, pag. 313).

Il Nicolich « Interventi chirurgici in casi di nefrite emorragica » pubblica un caso in cui si tratta di rene amiloide, e in cui intervenne con la decapsulazione. Da questo conclude, che dato i nostri mezzi d'indagini assai limitati per porre il diagnostico con sicurezza di nefrite, escludendo tutte le altre lesioni capaci di sostenere l'ematuria, bisogna decapsulare il rene, praticare una nefrotomia esploratrice, per accertarsi che non esistano altre lesioni oltre che la nefrite. Se così faremo, otterremo lo scopo, basterà allora suturare il rene e fissarlo per avere la guarigione; in alcuni casi sacrificheremo il rene per salvare il malato. Perchè la semplice nefrotomia non basta a frenare l'emorragia in certi malati deboli ed anche sarebbe molto pericoloso perdere del sangue per alcuni giorni di seguito, la nefrectomia evita questo pericolo e salva il malato.

R. Payn « L'ematuria renale associata a fibrosi e calcoli multipli microscopici delle papille renali ». Uomo di 27 anni con ematuria. La cistoscopia dimostrò che il sangue proveniva dal rene destro. Il rene era normale fuorchè nella regione delle papille; quivi si notavano numerosi calcoli microscopici, proliferazioni connettivali, capillari fortemente dilatati, alcuni dei quali rotti avevano prodotto delle emorragie.

Darget R. « Nefrite cronica oligurica dolorosa trattata con la doppia decapsulazione del rene » (*Journal d'urologie*, marzo 1927). L'A. presenta alla Società francese d'urologia una sua interessante osservazione. Si tratta di una donna di 44 anni che soffre da 5 anni di dolori alla regione lombare, più marcatamente a sinistra, con lievi edemi ed oliguria (300 o 400 centimetri cubi al giorno). K. d'Ambard 0,120, Fsf uguale a 22 %, poliuria sperimentale deficiente. L'autore praticò una doppia decapsulazione renale, riscontrando specialmente a sinistra perinefrite. Non ostante delle complicanze cutanee (eresipela) post-operatorie con alte temperature, la diuresi salì subito a 1000 poi a 1500 e a 1800 centimetri cubi e l'ammalata lasciò l'ospedale con K 0,060, F. S.F. a 69 % e poliuria sperimentale ottima. L'Autore si domanda e con lui altri urologi che seguono la discussione, se tali ultimi risultati saranno duraturi.

Viktor Hoffmann « Teoria e pratica della decapsulazione renale nell'insufficienza renale grave, manifestatasi in forma acuta ». (*Bruns Beitrag zur klin. Chirurgie*, vol. CXXXI, fasc. 3, pag. 202, 1924). Questo lavoro si fonda sopra esperienze personali condotte in conigli e gatti e sopra esperienze cliniche proprie e desunte dall'osservazione di altre cliniche universitarie e dei maggiori ospedali. Il risultato è contenuto nel seguente riassunto. Facendo l'esperimento della decapsulazione su reni (alterati da tossine) si osservano localmente anzitutto un miglioramento nella circolazione sanguigna e una diminuzione della stasi; in grazia di ciò si possono iniziare processi di riparazione e di guarigione, come dimostrano i preparati istologici. Non si lasci invece a stabilire un'influenza contemporanea sul sistema tubulare renale. La diminuzione della stasi va attribuita allo scarico di pressione che succede nell'organo infiammato, dopo l'asportazione della capsula. (Scarico del sistema sanguigno e dei vasi linfatici per la fuoriuscita di liquidi; modificazione del tono vasomotorio per la diminuita tensione del tessuto). L'Autore non si crede autorizzato ad apprezzare esageratamente la portata dell'operazione della decapsulazione e crede che essa sia da applicare soltanto in presenza di insufficienza renale essenziale, e quando questa dipende almeno in parte da una causa anatomica tale che il mezzo diretto per un miglioramento, venga offerto da una riattivazione della circolazione renale mediante intervento locale. Solo raramente la decapsulazione rappresenterà l'atto operatorio che salva la vita al malato; però essa non perde per questo la propria giustificazione ed ogni valore. L'Autore ritiene inutile l'operazione in caso di avvelenamento da sublimato. Nella glomerulonefrite l'operazione può dare un successo parziale in singoli casi, particolarmente nell'insufficienza renale grave in seguito a nefrite post-scarlattinosa.

Devesi tentare su la decapsulazione nell'eclampsia, quando dopo avvenuto il parto, e dopo opportuno trattamento (salasso, narcotici, ecc.) persiste l'insufficienza renale per diverse ore di seguito con o senza crampi.

Cholsow (*Zeitschrift für urologie*, band 6° F. I. e supplemento) dimostra come la decapsulazione si possa fare ove la formazione della ematuria deriva dal rene.

Oraison « Cura chirurgica delle anurie mediante la decapsulazione » (*Paris Médical*, 4 maggio 1922).

Piqué « Le traitement des hématuries » (*Le bull. méd.*, n. 1, 1908).

Descrivo ora un caso personale ove l'intervento ha prodotto un vero miracolo.

B. Annetta, anni 24. Gravida all'8° mese. L'addome è molto aumentato di volume più di quel che comporti l'epoca della gravidanza. Probabilmente si tratta di gravidanza gemellare. Il giorno 30 maggio 1928 vengo chiamato d'urgenza a Barbarano Romano e trovo la donna in grave stato di eclampsia con consulsioni subentranti. La fo portare subito nel mio ospedale. Alle ore 22 mancando la dilatazione completamente, avendosi emorragie per distacco prematuro di placenta e aggravandosi lo stato eclampsico per cui l'utero doveva essere vuotato nel più breve tempo possibile, sottoposi la paziente all'operazione.

Op. Anestesia lombare novocaina surrenina 0,15 positiva. Laparotomia sotto ombelicale, incisione sulla parete anteriore dell'utero, apertura della cavità uterina ed estrazione di due feti, uno di sesso maschile e uno di sesso femminile e delle relative placente. Isterectomia secondo il metodo originario di Porro con trattamento estraperitoneale del peduncolo. Prima di sezionare l'utero io ho portato da tempo una modificazione fondamentale all'operazione di Porro e cioè appena esteriorizzato l'utero procedo subito alla sutura continua con catgut del peritoneo parietale e fisso questo sul segmento inferiore dell'utero al disotto alcuni centimetri della zona presunta della sezione uterina, in modo da ridurre in seguito dell'operazione completamente extra peritoneale. Ho cinto dopo il segmento inferiore con un laccio elastico che costringe l'utero fermato da due sonde scannellate e ho reciso l'utero. Sutura parziale della parete. Medicatura con tampone di garza formato da striscie di Phlaster. Ho usato il taglio cesareo demolitore per una ragione semplicissima: perchè dovevo ritenere l'infezione del contenuto uterino.

So benissimo che il taglio cesareo conservatore ha il vantaggio di conservare l'utero e quindi soddisfa ad una ragione eugenetica. Ma si può fare nelle cliniche ostetrico-ginecologiche dove in Città le donne gravide possono esser viste da ottimi medici e da specialisti che possono fare diagnosi esatte e stabilire le indicazioni di un taglio cesareo; queste operande sono accolte nelle cliniche quando arriva il momento di dover intervenire e sono assoggettate ad una cura preoperatoria in modo che si possa fare il taglio cesareo conservativo con la massima sicurezza. Per noi invece chirurghi che esercitiamo nella campagna l'ostetricia costituisce la più comune chirurgia d'urgenza gravida molte volte di condizioni disastrose. Potrei citare i numerosi casi di presentazioni di spalla trascurate da molte ore con rottura della borsa delle acque con procidenza di parti fetale o del cordone ombelicale con infezioni intra partum e talvolta con tetano uterino, che non permette neppure la embriotomia su feto morto per non determinare l'imminente rottura dell'utero. Poi d'altronde arrivano tutte con uno stato di infezione del contenuto uterino essendo la borsa delle acque rotta da tempo e avendo le levatrici fatto inutili e dannose esplorazioni con le mani non sempre pulite specialmente che molte donne fanno abusivamente le ostetriche.

In tali casi, se occorre il taglio cesareo, io scelgo sempre quello demolitore a causa dell'infezione del contenuto uterino.

Il Porro inventò il suo metodo appunto perchè terrorizzato dagli effetti che si ottenevano dal taglio conservatore fatto senza asepsi e con tecnica insufficiente tanto da lasciare le pareti addominali senza sutura. Io oltre quest'ultimo caso ho operati altre sei casi con la modifica da me introdotta della sutura peritoneale e non ho avuto nessun caso di morte. Durante la mia assenza per servizio militare un chirurgo che mi sostituiva operò due tagli cesarei col metodo conservativo. Sulla scheda cuticolare è accennato che il motivo del taglio cesareo era un vizio pelvico e allora probabilmente poteva limitarsi a fare l'embriotomia. Il risultato dell'operazione fu di conservare l'utero ma di perdere le operate, perchè la prima decedette dopo un giorno e la seconda in terza giornata per peritonite diffusa e setticemia.

Ritornando al caso descritto, nella notte si sono ripetute le convulsioni, nel mattino la operata era completamente anurica, aveva vomito insistente, alvo chiuso, polso teso. Pratico un'abbondante salasso, feci fare un clistere evacuativo restato senza effetto; cominciai a somministrarle delle gocce di veratro verde. Ma le condizioni venivano progressivamente aggravandosi.

Alle ore 7 la sottopongo ad un nuovo intervento operativo. Etere a narcosi regolare col taglio di Simon si fa la decapsulazione del rene destro.

Il rene di destra, primo decapsulato, si presenta aumentato di volume con forte congestione, essendo di colorito nettamente cianotico. Si fa la decapsulazione con un taglio sul margine convesso, si scollano facilmente i due lembi della capsula e si asportano. Tamponamento con garza bioformica e sutura della parete a due strati.

Lombotomia a sinistra col taglio di Simon si esteriorizza il rene che si presenta tumefatto e cianotico e con solchi delimitanti dei lobuli di varia grandezza, aderente ai tessuti circostanti per perinefrite fibrosa. Si incide la capsula fibrosa sul margine convesso e si scolla facilmente anche per l'esistenza di un edema sotto capsulare, si asportano i due lembi. Sutura parziale a due strati della parete e medicatura con tamponi di garza mantenuti da strisce di Phlaster. Appena decapsulati i reni perdono il colorito cianotico e riprendono il colore rosso arterioso. Lieve emorragia trasuda dalla superficie decapsulata.

Durante la decapsulazione del rene sinistro è stato prelevato un frammento di corteccia per l'esame istologico. All'esame microscopico vi sono intense lesioni di infiltrazione parvicellulare e proliferazione delle cellule fisse del connettivo. Non vi sono lesioni vasali sotto forma di ipertrofia della media, ma i capillari sono molto dilatati e qua e là presentano nello stroma piccoli stravasi. Ialinosi dei glomeruli. Dopo tre ore ho fatto vuotare la vescica col catetere estraendo 600 grammi di orina limpida con colore molto scuro, albumina 12/1000 nei giorni successivi, poliuria e albumina tracce non dosabili.

L'operazione da me fatta per la prima volta non trova traccia in tutta la letteratura. Ho sfogliato le ultime annate, del *Zeitschrift fur Urologie, Folia Urologica, Annales des Maladies des Org. gén. Ur., Journal d'Urologie, Clinica Chirurgica, Rassegna clinico scéntifica dell'Istituto Biochimico Italiano* di Milano, e non ho trovato mensione di tale operazione, per l'indicazioni per cui io l'ho fatta cioè per eclampsia. Lo stesso Victor Hoffmann che la ha proposta nel suo lavoro per ragioni teoriche e per il grande intuito clinico, proprio dei grandi maestri, non dice che l'operazione è stata da lui fatta nè da altri. Io ho avuta l'opportunità di avere un caso di eclampsia gravissimo e ho operato di decapsulazione bilaterale ottenendo un effetto mirabile.

Anche le *Monde Médical* nelle scoperte del 1926 in tutte le rubriche non ha traccia della decapsulazione renale per eclampsia.

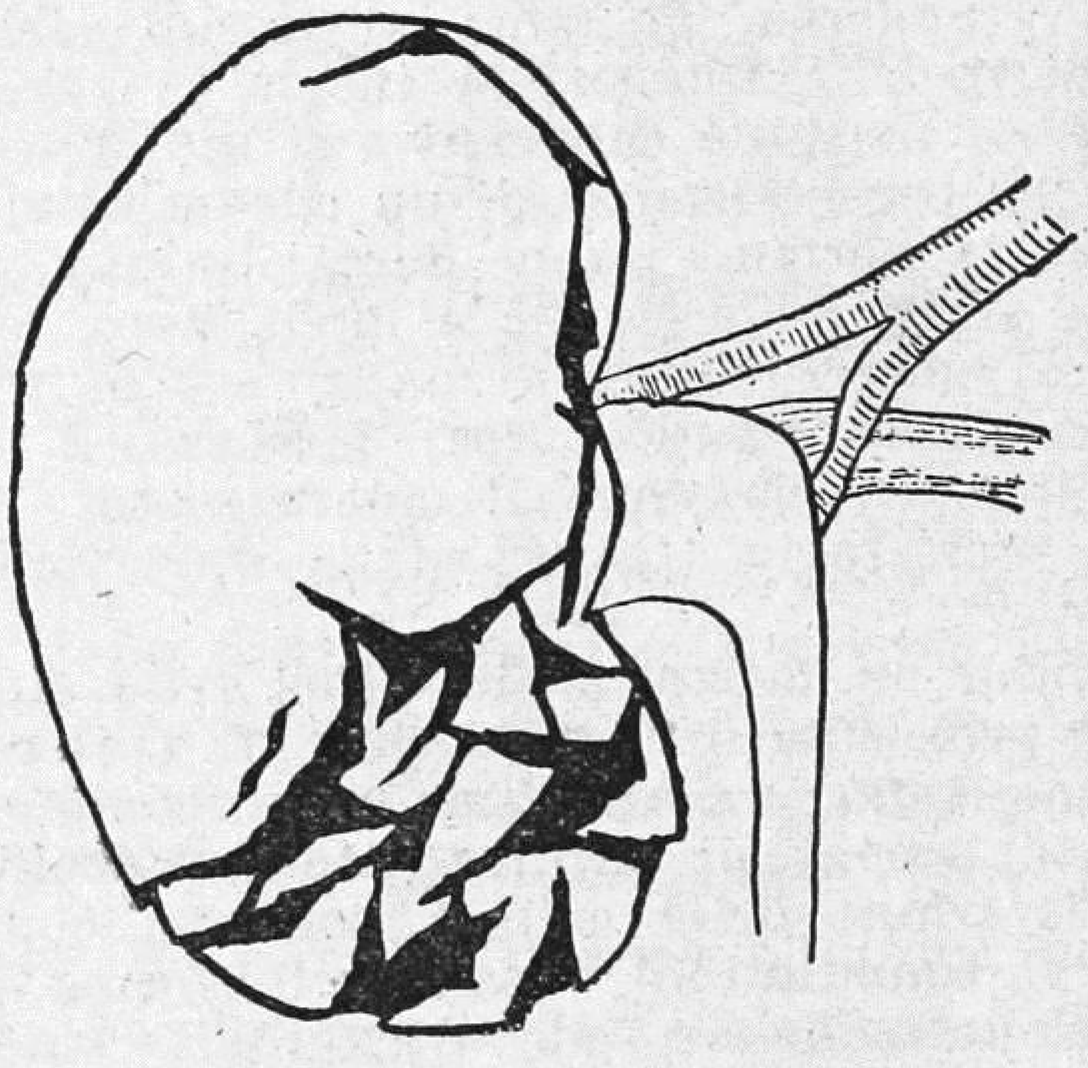
OSPEDALE DI S. SPIRITO IN SASSIA - ROMA.
Rep. chirurgico diretto dal prof. TITO FERRETTI.

Due casi di rottura del rene destro per trauma addominale anteriore.

Dott. GIORGIO PETTA
aiuto chir., med. e pat. degli Osp. Riun. di Roma.

In breve tempo sono stati osservati nello stesso reparto chirurgico di S. Spirito due casi di rottura del rene destro per trauma addominale anteriore, notevoli per l'assenza di lesioni di visceri addominali e per la diversità del quadro clinico.

CASO I. — Il 27 maggio 1928, alle ore 20 è ricoverato E. Alberto, di 14 a., da Roma. Alle ore 18 giocando a foot-ball, ha riportato un violento colpo di ginocchio all'addome; vomito dopo circa



Disegno schematico della lesione renale nel I caso (Il pezzo non era stato conservato).

tre quarti d'ora; poco dopo, avendo urinato spontaneamente, fu notata la presenza di sangue nelle urine; è perciò portato in ospedale.

Trattasi d'un ragazzo di 14 anni, di sviluppo e nutrizione media; è leggermente pallido; il sensorio è perfettamente integro, non si lamenta.

Nulla al torace. Polso buono, appena aumentato di frequenza. L'addome non presenta ecchimosi nè altri segni del trauma subito; è trattabile, ma la palpazione provoca dolore specialmente nei quadranti di destra; non si nota un'evidente reazione di difesa.

Alla regione lombare destra la palpazione riesce un po' dolorosa, ma non in modo da richiamare l'attenzione più che non faccia il dolore provocato dalla palpazione dell'addome.

Invitato l'a. ad urinare in decubito dorsale, non riesce ad emettere l'urina; il cateterismo con una Nélaton fa ottenere 40-50 cmc. di urina alquanto ematica.

Poichè le buone condizioni generali del paziente lo permettono, lo s'invita a urinare in piedi subito dopo: non riesce ad emettere altra urina; ma rimesso in decubito dorsale e introdotta nuovamente la Nélaton, si ottengono altri 30-40 cmc. di urina anch'essa leggermente ematica.

Questo dato, unito all'accenno di difesa che si provoca colla pressione sull'addome, fa porre avanti l'eventualità della rottura della vescica, tanto più che il trauma è stato nettamente anteriore e l'a. ricorda bene che all'atto del trauma non aveva più urinato da almeno tre ore.

Riveduto l'a. dopo circa tre ore, le condizioni generali si mantengono sempre buone; riposa tranquillo. L'esame dell'addome e della regione lombare destra è invariato; con la Nélaton si estrae urina leggermente ematica, in scarsa quantità (15-20 cmc. per volta).

La mattina seguente, alle 8, l'a. si mantiene sempre in condizioni discrete; polso 94-96 al m' con temperatura + 37,3° + 37,6° C. L'addome è un po' dolente come il giorno precedente; ma la regione lombare destra è più dolente di prima ed è un po' tumefatta. Si pone la diagnosi di lesione traumatica del rene destro, con modico ematoma della loggia renale ed ematuria lieve.

Poichè le condizioni dell'a. sono sempre buone, si decide di non intervenire subito, ma di limitarsi ad una scrupolosa sorveglianza, nella speranza di una possibile guarigione spontanea.

Ma nel pomeriggio l'a., quasi improvvisamente comincia a lamentarsi, dice di sentirsi male, presenta segni di anemia acuta.

Allora s'interviene, con narcosi eterea, procedendo alla lombotomia destra, nell'adatta posizione del paziente, con l'incisione obliqua di Guyon.

Si trova che la loggia renale è sede di un grosso ematoma in gran parte liquido per emorragia in atto da ampia rottura del rene. Si procede alla nefrectomia, quindi alla detersione della loggia renale ed alla ricostituzione dei piani, lasciando due drenaggi di gomma nella parte declive.

Il rene presentava uno spappolamento esteso del polo inferiore, con una larga fessura che, dirigendosi verso l'alto, attraversava l'ilo raggiungendo il polo superiore. La sezione longitudinale ha mostrato che un coagulo ostruiva il bacinetto ed il tratto d'uretere rimasto attaccato al pezzo anatomico asportato: da ciò l'arresto dell'ematuria poco dopo al trauma. L'a. è guarito per seconda.

CASO II. — F. Fioravante, di 5 a., da Roma, alle ore 22 del 31 agosto 1928 è ricoverato d'urgenza perchè ha riportato, due ore prima, un calcio di vacca all'addome.

È un bambino di sviluppo normale, ma di mediocre nutrizione, pallido, con numerosi nodi linfatici ipertrofici in tutte le sedi.

Mostra di soffrire molto, è ansioso, un po' affannato, si lamenta, risponde malvolentieri e tende sempre a riprendere il decubito laterale destro, piegando gli arti.

Soli segni esterni del trauma addominale subito sono due piccole macchie ecchimotiche, circa un dito trasverso sopra e all'interno della spina iliaca anteriore superiore destra.

L'addome ricorda il tipo batraciano, ha pareti sottili, è abbastanza trattabile, ma la palpazione provoca difesa evidente. È dolente la regione lombare destra alla palpazione, ma non in maniera prevalente sul dolore provocato dalla palpazione delle regioni anteriori dell'addome.

Il cateterismo, praticato con una Nélaton molto sottile, dà esito a 20-30 cmc. di *urina limpida*, solo le ultime gocce sono tinte di sangue: si affaccia quindi il dubbio che il sangue sia dovuto allo stesso cateterismo, tanto più che la Nélaton non è penetrata agevolmente fino alla vescica.

Così, in questo caso, la qualità dell'urina non ha potuto confermare l'ipotesi della lesione del rene destro.

Nel decidere l'intervento, reclamato dall'aggravarsi dello stato anemico acuto del bambino, malgrado la probabile lesione del rene destro, ho preferito cominciare con una laparotomia esplorativa mediana xifo-ombelicale perchè il trauma fu anteriore e poteva avere prodotto le lesioni più gravi a carico dei visceri addominali.

Praticata l'incisione mediana, in narcosi eterea, s'è trovata notevole quantità di sangue liquido libero nella cavità peritoneale; l'esame accurato del fegato, dello stomaco e degli altri visceri addominali non ha scoperto alcuna lesione. Ma, facendosi strada profondamente, a destra, tra il fegato e il colon trasverso, s'è potuto stabilire che il sangue libero nel peritoneo proveniva da varie soluzioni di continuo del peritoneo corrispondente alla loggia renale destra.

Deterso, per quanto è possibile, il peritoneo, si chiude a strati l'incisione mediana e, disposto il paziente per la lombotomia destra, si apre la loggia renale valendosi della incisione obliqua di Guyon.

La loggia renale è ripiena di sangue liquido, solo in piccola parte coagulato, che proviene a getto da un'ampia rottura del rene. Questo è diviso in due parti (delle quali la superiore è più grande), che restano solo in parte attaccate ai vasi renali mentre hanno perduto il contatto fra loro.

Non è possibile pensare alla conservazione anche parziale del rene e si procede alla nefrectomia. Si deterge quindi la loggia renale e si ricostituisce la parete incisa a strati, in catgut. La pelle è suturata in seta.

Guarigione per seconda.

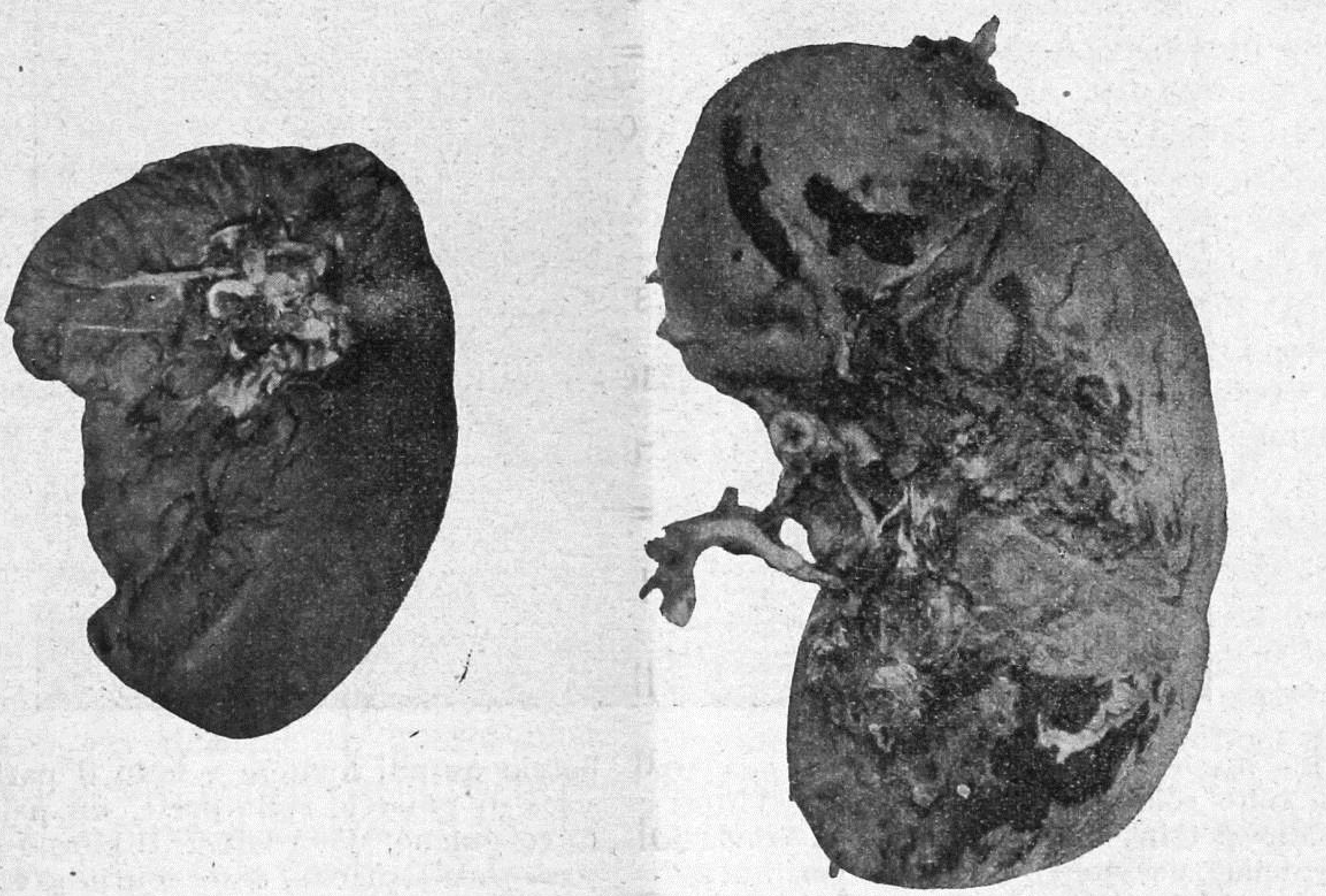
L'interesse dei due casi è dovuto al fatto comune, che il trauma violento ha potuto provocare in tutt'e due la rottura del rene, agendo per la via anteriore, senza causare danni apprezzabili ai visceri addominali.

In tutt'e due i casi, appunto perchè il trauma aveva agito attraverso la parete addominale anteriore, i dati forniti dal cateterismo non sono stati di aiuto nè per stabilire la lesione renale nè per escludere la rottura della vescica.

L'emorragia renale si è comportata in modo del tutto diverso nei due casi.

Nel primo l'emorragia fu certamente scarsissima per circa 24 ore e l'ematuria restò sempre appena accennata; l'emorragia grave, tale da mettere rapidamente in pericolo l'a. si produsse soltanto dopo tale periodo di tempo.

Al contrario, nel secondo caso, il sintoma dominante, immediato, quasi unico, che ha imposto l'intervento d'urgenza, è stata l'anemia acuta grave, stabilitasi in assenza di sintomi netti di localizzazione renale; anche l'urina ottenuta col catetere non poteva contribuire a confermare o escludere l'ipotesi della rottura del rene.



Il rene asportato nel II caso: i due frammenti si guardano per la superficie di rottura.

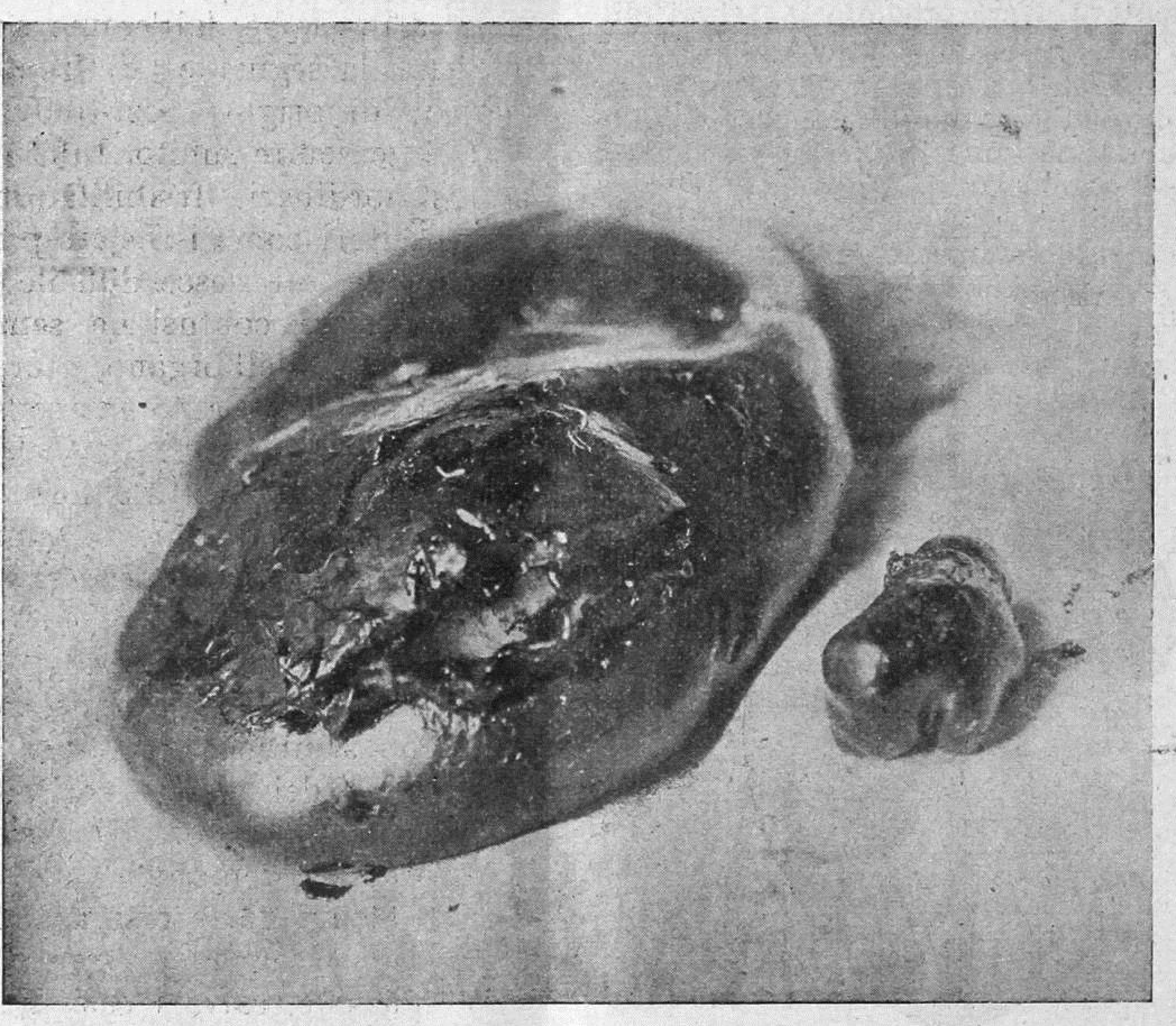
OSPEDALE CIVILE DI FERMO

Sopra un caso interessante di rottura di rene calcoloso.

Prof. CARLO SANTINI, chirurgo primario.

Il caso clinico che presento, pure rientrando nella comune traumatologia renale, presenta alcune caratteristiche che lo rendono degno di pubblicazione, anzitutto per l'assenza totale di

fenomeni che un calcolo del volume rappresentato dalla fotografia annessa ha dato prima del trauma, ma ancora di più per l'importanza che detto calcolo ha assunto nel mascherare i fenomeni post-traumatici. E vengo senz'altro alla esposizione del caso.



In luglio mi viene inviato d'urgenza da un giovane e colto collega, tale Viozzi di S. Vittoria in Matenano perchè, nel dare il pasto consueto ai bovini della sua stalla, era stato per un movimento imprevisto di un vitello dell'età di circa quattro mesi schiacciato fra il vitello stesso e la mangiatoia contro la quale aveva urtato col fianco sinistro. Aveva sentito sul momento un forte dolore nella regione, e dopo poco aveva cominciato a emettere urina fortemente sanguigna. Qualche conato di vomito. Visto che il riposo, gli emostatici, il ghiaccio, non davano alcun risultato, viene dopo circa 24 ore inviato al mio ospedale. Lo vedo immediatamente dopo il suo ingresso e constato quanto segue: uomo dell'età di 54 anni di statura piuttosto bassa, magro ma di costituzione scheletrica regolare e masse muscolari ben sviluppate. All'esame obbiettivo accusa un forte dolore alla regione lombare sinistra, dolore che si accentua specialmente alla pressione del triangolo del Petit. Non esistono in detta regione, nè altrove lesioni apparenti delle pareti. È pure dolente sebbene in grado minore la regione colica dello stesso lato, con difesa muscolare non molto accentuata, il resto dell'addome ben trattabile e indolente. Polso pieno valido della frequenza media di 75 pulsazioni, respiro 18 addominale, facies buona. Invito il paziente ad orinare e questi orina senza difficoltà circa 150 gr. di urina chiaramente ma non fortemente ematica e col tipo di sangue, mi si permetta l'espressione già digerito. Di fronte ai risultati dell'esame obbiettivo sopradescritti, nell'assenza (erano 24 ore dal trauma) di fenomeni peritoneali, e specialmente di fronte alla scarsità dell'ematuria giudico prudente soprassedere all'intervento nel concetto che (data anche l'intensità non molto forte del trauma, vitello di 4 mesi) potesse piuttosto che di rottura trattarsi di contusione renale. Faccio quindi mettere a letto il paziente, con vescica di ghiaccio sulla parte, un paio di iniezioni di coaguleno, dieta lattea. Il giorno di poi l'urina è un poco schiarita, onde continuo lo stesso trattamento; al terzo giorno è tornata apparentemente normale e solo nel sedimento si vedono al microscopio ancora dei globuli rossi alterati, onde confermandomi ancor più nel concetto di contusione renale mi felicito di non aver fatto un intervento precipitoso. Al mattino seguente alla visita ho la poco grata sorpresa di apprendere e di constatare che non solo l'ematuria si è riprodotta ma che la colorazione sanguigna dell'urina si è notevolmente intensificata e in tali condizioni permanendo tutta la giornata decido senz'altro l'intervento pur non sapendomi dare ragione della scomparsa del fenomeno ematuria il giorno antecedente. Interrogato il malato so che, all'insaputa degli infermieri, si è alzato dal letto per un bisogno corporale, dopo di che ha ricominciato a urinare sangue.

Prima dell'intervento mi accerto con la cistoscopia e cateterismo dell'uretere che il rene destro è normalmente funzionante.

Atto operativo. Narcosi eterea. Con ampio taglio obliquo che va dall'angolo costo lombare alla spina iliaca inferiore superiore sinistra, metto allo scoperto la regione renale. Incisa la fascia prerenale trovo la capsula adiposo grandemente infiltrata di sangue; aperta questa giungo sul rene che avverto subito notevolmente grosso, quasi il doppio del volume normale. In corrispondenza

del polo superiore si constata un vasto squarcio interessante per circa cinque cm. tutta la polpa renale. La pelvi appare grandemente dilatata e nella sua parte più bassa in vicinanza dell'imbocco ureterale si sente con la mano un corpo duro rotondeggiante spostabile nella pelvi stessa. Asporto il rene dopo legatura del peduncolo vasale e dell'uretere, zaffo la loggia renale con un vasto drenaggio e suturo il resto della ferita operatoria. Decorso post-operatorio ottimo tanto che dopo 15 giorni può lasciare il letto e tornare al suo paese con la ferita quasi del tutto cicatrizzata.

Il rene esaminato mostra una dilatazione idronefrotica della pelvi e nell'interno di questo il grosso e curioso calcolo che si vede nella annessa fotografia. Un'altra piccola lacerazione mostrava il rene in corrispondenza del polo inferiore per la lunghezza di due cm. circa.

Il caso si presta, come ho detto, ad alcune considerazioni. Anzitutto si spiega come con un trauma non molto forte si sia avuta la rottura del rene. Infatti il peso di un vitello che certo non sorpassava i due quintali non era troppo malagevole a sopportare dal paziente robusto, muscoloso e notisi con spazio costo-iliaco strettissimo che mi ha dato non poche difficoltà alla estrazione del rene. Ora è evidente che il rene idronefrotico, quindi più grande, e teso come una vescica è, sotto la pressione, *scoppiato*.

Ma ancora più interessante è il secondo fatto: il calcolo che in un primo tempo si era spostato aprendo la via verso l'uretere, in un secondo tempo era ricaduto su questo bloccando completamente il dotto e in tal modo l'urina che si raccoglieva in vescica era solo quella del rene destro sano dando così la falsa impressione che l'ematuria si fosse arrestata. Quando poi per l'alzarsi fatto dal malato, il tappo calcoloso si è nuovamente spostato, è stata di nuovo aperta la via all'urina e al sangue del rene leso.

È questo il terzo caso di rottura del rene e certamente il più interessante, che fa parte della mia statistica. Negli altri due casi il trauma era stato molto più violento trattandosi nel primo di un uomo che aveva ricevuto un calcio da un cavallo, nel secondo di una bambina che ricevette un calcio da un mulo. Nel primo caso la lesione del rene era accompagnata da una lesione del colon che si manifestò però tardivamente con formazione di fistola stercoracea, nel secondo caso il rene era spappolato in tre frammenti tenuti insieme si può dire solo dal peduncolo. In questo secondo caso l'emorragia era così imponente che feci l'intervento immediato, ottenendo così la guarigione della piccola inferma; nel caso dell'uomo invece l'emorragia poco cospicua mi fece ritardare di alcuni giorni l'intervento e non escluderei che la successiva necrosi del colon trovasse la sua spiegazione più che nella azione diretta del trauma, nella compressione prodotta dall'enorme ematoma perirenale che si era formato.

La conclusione pratica che mi sembra doversi trarre anche dall'esame succinto di questi casi è la seguente: di fronte a qualunque ematuria di origine post-traumatica è conveniente intervenire subito. Infatti tenendo conto della straordinaria friabilità del rene, quantunque autori come il Lejars parlino di *contusione* renale, mi riesce difficile ammettere che si possa avere contusione senza rottura, sia pure minima, dell'organo, e credo quindi che nei casi cui detto autore accenna, e che guariscono senza intervento, si debba ritenere che esiste una piccola rottura forse sottocapsulare, che cicatrizza naturalmente, *alma natura adjuvante*. Ma di fronte a questi rari casi fortunati, si deve tener conto degli altri in cui il ritardato intervento trova un soggetto già indebolito dalla perdita di sangue, spesso febbricitante, con accresciute difficoltà operatorie per l'alterazione dei tessuti perirenali e renali e quindi con la certezza di dover fare sempre una operazione demolitrice dell'organo che invece in alcuni casi fortunati una tempestiva sutura della lacerazione avrebbe potuto salvare. Si intende che, salvo i casi di emorragie gravissime come quello della bambina da me ricordato e in cui l'intervento deve essere immediato, sarà necessario far precedere l'intervento dal cateterismo degli ureteri per essere sicuri che l'altro rene sia normalmente funzionante.

NOTE DI TECNICA

Litotrisia difficile e cistoscopia ipogastrica (*).

DR. AUGUSTO CASSUTO
doc. di chir. urinaria nella R. Univ. di Roma.

Tutti sanno che in chirurgia come in qualsiasi altra arte applicata, la pratica quanto più è estesa tanto più conferisce abilità e esperienza all'operatore. Orbene, non tutte le regioni d'Italia offrono con la stessa frequenza la possibilità di osservare e curare la calcolosi della vescica; anzi in talune zone è veramente eccezionale.

È ovvio che intendo a questo proposito, parlare della calcolosi primitiva della vescica, non di quella secondaria, per esempio, alla ipertrofia della prostata.

Nelle due contingenze l'uomo dell'arte deve provvedere ben diversamente: se nelle forme secondarie la sectio alta s'impone per rimuovere con l'effetto, sopra tutto la causa, nel primo caso invece, la litotrisia sembra il procedimento corretto di elezione. Non dobbiamo dimenticare infatti, nella scelta della cura, come questi pazienti con grande frequenza abbiano la possibilità di dover ricorrere al chirurgo, anche più volte nella vita, per la stessa infermità che ve li ha condotti una prima volta. Confermiamo come in questi casi la cura corretta debba essere sopra tutto incruenta e conservativa.

Accade invece ora, di vedere sempre più negletto l'uso del litotritore che fu istrumento sempre abilmente maneggiato e tenuto in onore dai nostri Maestri, primo fra tutti Francesco Durante, per dare costantemente tutta la preferenza alla cistotomia ipogastrica. Perchè? Forse le principali ragioni sono state dette.

In talune località i casi che occorrono sono così scarsi, che i chirurgi non hanno sufficiente pratica e non si sentono di maneggiare quel benefico e prezioso strumento che è il litotritore.

Noi stessi, che siamo poco allenati vivendo a Roma, dove la calcolosi vescicale primitiva è estremamente raro osservarla e per lo più soltanto in forestieri, persistiamo tuttavia a adottare la litotrisia, come metodo di scelta tutte le volte che ne cade l'indicazione.

(*) Una breve dimostrazione dello strumentario fu fatta al VII Congresso della Società Italiana di Urologia. Roma, ottobre 1928.

Le difficoltà incontrate durante alcune litotrisie più complicate, ci hanno suggerito di ricorrere a un artificio che colmasse la nostra deficienza tecnica, facilitando l'operazione. Come premessa, qui si vuol bene intendere che questo aiuto non si indirizza a coloro che in quest'arte sono esperti per lunga e estesa pratica.

Tutti sanno però le difficoltà inerenti talora alla presa definitiva di piccoli frammenti di calcolo già frantumato con il litotritore, ma ancora troppo grandi per essere aspirati con istrumenti o espulsi così per le vie naturali.

Se il paziente non è anestetizzato convenientemente, con la puntura lombare o altro, diventano estremamente penose e difficili le manovre, che spesso occorre ripetere più volte, per sostituire il cistoscopio al litotritore a scopo di revisione e di controllo.

Ci sono, è vero, i cistoscopi litotritori e ne sono noti i vari tipi: la grossa pinza a cucchiai taglienti di Young della Wappler Comp., quello a valve fabbricato da G. Wolf e i veri e propri litotritori muniti di ottica costruiti da Louis v. Loewenstein e da Drapier. Ma per poco che si abbia famigliarità con tali istrumenti, anche a malgrado di un'eccellente pratica nell'endoscopia operativa, si perviene ben presto nel convincimento come sia allora quasi preferibile il litotritore semplice alle complicatissime manovre di presa con tali istrumenti.

Date queste condizioni, abbiamo ricorso con la mente alla cistoscopia ipogastrica: pensammo che si doveva poter felicemente associare le manovre di presa eseguite dal litotritore, con il controllo cistoscopico quale è capace di dare l'istrumento primitivo ideato da Kraske.

Fu appunto Kraske (1), come è noto, a proporre nel 1910 la cistoscopia ipogastrica per vari scopi. Le sue applicazioni hanno formato oggetto di numerosi studi e di importanti pubblicazioni relativamente recenti.

Se ne sono occupati P. Cifuentes (2) e Heitz Boyer (3) nel 1919; Kolischer and Katz (4) e

(1) VOELCHER u. WOSSIDLO. *Urologische Operationslehere.* Verlag, G. Thieme, 1925, pag. 322, 2 Auflage.

(2) P. CIFUENTES. *Cistoscopia Hipogàstica.* Congreso Societad para el Progreso de las Ciencias. Bilbao, 10 septiembre 1919.

(3) HEITZ BOYER. *Cistoscopie Hipogastrique.* Association Franç. d'Urologie, oct. 1919.

(4) KOLISCHER and KATZ. The Urologic and Cutaneos Rewiew, n. 9, 1921.

Escat (5) nel 1921. Chevassu (6) e Courty (7) nel 1922. E ancora Pirondini (8) e Camiña (9) nel 1923. M. Molony (10) nel 1927. Fra le varie indicazioni della cistoscopia ipogastrica, elencate dagli autori ricordati, sia che lo stoma vescicale sia preformato, sia che se ne debba creare uno mediante un tre quarti, non ho trovato accenno alla possibilità di impiegare simile modalità tecnica, per facilitare la presa e frantumare piccoli calcoli. Questo per quanto è a mia conoscenza, da ricerche abbastanza accurate.

Lo strumentino da me adottato, costruito da Invernizzi di Roma, è molto simile a quello ideato da Kraske. Si compone di un tre quarti di diametro non eccessivo, 14-15 Charrière e forse il calibro potrebbe essere ulteriormente ridotto: un cistoscopio in cui ottica e apparato di illuminazione formano un corpo unico in linea retta, come negli istrumenti tipo Leo Buerger-Mac Carthy, completa l'apparecchio. Soltanto, il miglioramento assai importante che ci sembra di aver conseguito, su gli apparecchi descritti a questo scopo sino a ora, è quello di aver realizzato la possibilità di lavare e rifornire continuamente la vescica di acqua, mediante un dispositivo a corrente continua come nei comuni cisto-uretroscopi americani.

Fra la camicia dell'apparecchio, che resta in situ nella vescica quando si estrae il tre quarti, e l'ottica che viene a sua volta introdotta è consentito un breve spazio ottenuto da lievi differenze di calibro, in guisa da consentire all'acqua di circolare per mezzo di due rubinetti opposti fissati alla camicia dell'istrumento. In alto poi, dove s'introduce l'ottica, è fissata attorno al tubo della camicia una valvola a perfetta tenuta.

Così che da questi accorgimenti si vengono a evitare i noiosi inconvenienti su cui insistono gli autori che si sono occupati dell'argomento: essi consistono principalmente in due fatti, che la visione è frequentemente offuscata e che la vescica bene spesso non si distende a dovere.

Dover provvedere al rifornimento di acqua nella vescica è cosa tanto fastidiosa e malagevole anche nel corso della litotrisia semplice, specie per le sofferenze che arreca al malato, che M. Pavone Senior ha recentemente proposto (11) una modificazione al litotritore comune, nel senso di applicarvi un dispositivo d'irrigazione per ovviare alle perdite d'acqua dovute all'emissione spontanea fra uretra e litotritore sotto la spinta del tenesmo.

Aver ovviato per parte nostra a queste difficoltà è particolarmente importante se si considera che dalla combinazione del metodo che proponiamo non si tratta soltanto di permettere una rapida ispezione della vescica, ma ben anche di poter seguire e guidare correttamente nella minor misura possibile delle manovre operatorie pur necessariamente non brevi, senza fastidiosi perditempo.

Questo crediamo di aver realizzato efficacemente (12).

(5) Escat. *Cistoscopie Hipogastrique.* Association Franç. d'Urologie, 5 oct. 1921.

(6) Chevassu. *Cistoscopie, Hipog.* Journ. d'Urologie, n. 4, 1923.

(7) Courty. Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 9 mai 1922, pag. 632.

(8) Pirondini. *Cistoscopia ipogastrica.* Archivio Italiano d'Urologia, n. V, I, pag. 78.

(9) Camiña. *Cistoscopia Hipog.* Congresso de la Societad Española de Urologia, oct. 1923.

(10) M. Molony. The Urologic and Cutaneos Rewiew, vol. 31, n. 7, july 1927, pag. 407.

(11) M. Pavone (Senior). *Un'utile modificazione ai litotritori comuni.* Società Italiana di Urologia, VII Congresso. Roma, 1928.

(12) « Nihil novi sub sole »: avevamo già sperimentato il metodo proposto e già scritte queste poche note, quando venimmo a conoscenza di una comunicazione fatta dal prof. Gianturco all'Accademia Medico Chirurgica Napoletana sullo stesso argomento. Nel dare atto di ciò per debito di verità, dobbiamo per altro accertare che esso non viene citato nella bibliografia dei numerosi autori che abbiamo ricordato e dalle nostre stesse ricerche bibliografiche per quanto possibile accurate. Conviene poi notare, che per quanto non sia in animo di fare piccole questioni di priorità, ma solo portare un modesto contributo personale alla pratica, per riportare in onore un metodo a cui da molti chirurgi è stato recitato il « De Profundis », il maggior valore che annettiamo alla nostra nota consiste nella felice soluzione di un apparecchio a irrigazione continua, cosa non realizzata nell'apparecchio originale di Kraske e neppure in quello che Gianturco ha descritto e adoperato.

Le candelette medicate nella cura delle uretriti.

Dott. Riccardo Sabatucci,
chirurgo urologo del R. Istituto Fisioterapico di S. Gallicano.

L'occasione recentemente capitataci durante una cistoscopia, di trovare nella cupola vescicale un piccolo corpo mobile galleggiante nell'urina, che poi, dopo l'estrazione praticata

per le vie naturali si rivelò risultare dall'incompleta fusione di un frammento di candeletta medicamentosa introdotta due giorni prima dall'infermo, di sua iniziativa, per la cura di una sua vecchia uretrite, ci sprona a dire due parole su questo metodo di cura, e stabilirne nettamente tecnica e indicazioni.

Il metodo è antico, e deriva dalle vecchie pomate uretrali, che, con formule varie e con metodi strumentali diversi, venivano usate già da Tomassoli, Casper, Unna, Karo e infine anche da Janet. Quest'ultimo però ha poi abbandonato del tutto le pomate, ed ha consigliato l'uso di candelette a base di burro di cacao puro, e variamente medicate, le quali, introdotte nell'uretra, fondono rapidamente sul posto, e si diffondono a tutte le pieghe e lacune della parete, rivestendole di un intonaco grasso che vi rimane a lungo aderente. I medicamenti attivi, incorporati ai corpi grassi, perdono gran parte del loro potere irritante, il che ne permette l'uso anche a titoli un po' forti: inoltre tali medicamenti conservano molto a lungo le loro proprietà, protetti dall'eccipiente grasso che li preserva per un certo tempo dalle alterazioni spontanee a cui alcuni di essi (argirolo) andrebbero facilmente incontro se invece si trovassero in eccipiente diverso; e quindi è possibile conservare per qualche settimana questi suppositori, prima dell'uso.

La funzione principale di questo metodo di cura è quella di fornire alla mucosa una vernice protettiva aderente che preservi la parete del canale per un certo tempo dal contatto irritante dell'urina; ed a ciò provvede la sostanza grassa fusibile dell'eccipiente delle candelette; come funzione accessoria si ha quella delle sostanze medicamentose diverse incorporate nella massa: o semplicemente protettive ed emollienti (ossido di zinco, ittiolo); o anche energicamente antisettiche (ossicianuro di mercurio); o decisamente antigonococciche (argirolo, protargolo ecc.).

Il pericolo di far cadere in vescica frammenti di questi suppositori, con conseguenze dannose evidenti, specie se il loro punto di fusione è un po' alto, consiglia di limitare questo metodo di cura *esclusivamente all'uretra anteriore*: e quindi sono assolutamente da rigettare quelle sottili candelette lunghe 20 e più centimetri che si trovano in commercio e che l'infermo introduce da sè, e che certamente oltrepassano lo sfintere striato arrivando così all'uretra posteriore, da dove è poi facile la ascesa di un frammento più o meno fuso fino al serbatoio vescicale. Senza poi tener conto che, candelette così lunghe e sottili, per acquistare consistenza ed elasticità sufficiente, non possono essere costituite da solo burro di cacao, ma debbono contenere altre sostanze, o poco fusibili (cera), o buon terreno di coltura pei germi (gelatina) o infine irritanti pel canale (glicerina).

Il miglior modo per evitare tali inconvenienti è di seguire la tecnica consigliata da Janet, e cioè: usare suppositori lunghi solo 3 cm., piuttosto grossi di calibro (16 Charrière), arrotondati nella punta, e leggermente incavati all'altro estremo; un mandrino appropriato, tipo De la Motte, si introduce nell'incavo; e la candeletta così montata sul conduttore, e leggermente fusa nella punta avvicinandola ad una fiamma, o ai vapori di acqua bollente, viene introdotta nell'uretra fino al bulbo: quivi la si abbandona mediante lieve pressione dall'esterno, e si ritira il mandrino. Si guarnisce il meato con ovatta abbondante per evitare (specie nel caso dell'Argirolo) che la massa fusa sporchi la biancheria e la pelle del paziente. Non possedendo i mandrini speciali di Janet, potrebbe anche bastare una semplice candeletta uretrale conico-olivare sottile, un po' rigida e poco bottonata.

Questa tecnica del mandrino richiede l'intervento personale del medico o di un bravo infermiere, e inoltre, che le candelette siano fornite di incavo ad un estremo, come le fabbrica la farmacia Leclerc di Parigi su istruzioni dello stesso Janet.

Noi in generale, sia nell'ambulatorio di S. Gallicano, sia nella pratica privata, facciamo personalmente con detta tecnica l'introduzione delle candelette, se l'infermo deve venire da noi per altri motivi: altrimenti affidiamo a lui stesso la manovra, ma con suppositori alquanto più lunghi (circa cm. 10), di calibro più piccolo (circa 12-13 Charrière) e senza alcun incavo; questi, leggermente fusi ad un estremo, vengono introdotti direttamente nell'uretra senza mandrino dal malato stesso, prendendoli con dita ben pulite: essi non possono arrivare allo sfintere data la loro scarsa lunghezza; consigliamo poi al malato, dopo aver chiuso colle dita il meato sopra la candeletta, di tenere bene stirata l'asta, e di praticare un dolce massaggio sull'uretra, in modo di favorire il progredire in profondità della candeletta (che intanto si va fondendo) e il diffondersi della sostanza grassa a tutta l'uretra fino al bulbo: e gli raccomandiamo di fare l'applicazione la sera prima di coricarsi, in modo da rinviare il più possibile la prossima minzione. In genere facciamo fare l'applicazione ogni due sere, e dopo 12-16 giorni, cioè dopo 6-8 candelette, sospendiamo

la cura, per controllare il risultato raggiunto, ed eventualmente ordinare un'altra serie.

Per l'uretra femminile, naturalmente, la manovra non può essere affidata all'inferma, ma deve essere fatta dal medico o da una esperta infermiera, e si utilizzano, come consiglia Janet, candelette più corte, di soli cm. 1,5, e di calibro 16 Charr. Queste misure si prestano ugualmente bene per la cura del canale cervicale. Anche queste candelette più corte per uso femminile dovrebbero essere arrotondate ad un estremo, e presentare una piccola cavità all'altro, per introdurvi la punta del mandrino che serve a prenderli e guidarli.

Questa è la tecnica originale di Janet; ma siccome non è facile fabbricare queste candelette coll'incavo pel mandrino, e per lo più le farmacie non possono fornire che candelette cilindriche uniformi ai due estremi, abbiamo cercato di semplificare la tecnica; e ci è sembrato che, se il cilindro, di qualunque misura esso sia, è stato sufficientemente lubrificato in superficie, iniziandone la fusione su una fiamma, si può fare a meno di qualunque conduttore, e, con prolungato massaggio dall'esterno, si riesce a farlo progredire fino al bulbo, dove la fusione si completa. Ed anche i piccoli e corti suppositori per uso femminile possono fare a meno dell'incavo e del mandrino, ed essere introdotti prendendoli delicatamente mediante una lunga pinza ad un estremo, e fondendoli alquanto all'estremo opposto.

Naturalmente, se si dispone dei cilindri perfetti fabbricati dalla farmacia Leclerc di Parigi, è preferibile usare la tecnica originale di Janet; in caso contrario la tecnica più semplice da noi consigliata ci sembra possa corrispondere molto bene, tanto più che nell'uomo la percezione dall'esterno del progredire e del fondersi della candeletta riesce facile e nettissima.

Le formule più utili di questi suppositori uretrali sono le seguenti, tutte dovute a Janet:

1) *Candelette protettive semplici* di solo burro di cacao;

2) *Candelette protettive medicate*:

Burro di cacao	gr.	55
Ossido di zinco	»	15
Ittiolo	»	2

3) *Candelette antisettiche* di burro di cacao con ossicianuro di mercurio al 0,25 ‰;

4) *Candelette antigonococciche* di burro di cacao, con argirolo originale americano Barnes a titoli vari: 5-10-20 %.

Queste diverse masse vanno divise in candelette di varia lunghezza e di vario calibro, secondo gli usi a cui sono destinate.

Tutte queste candelette è bene siano di preparazione recente; e quindi si dovrà reclamare dal farmacista la data di fabbricazione, specie per quelle all'argirolo, che, invecchiando, diventano fortemente irritanti, e quindi non dovranno essere usate oltre le 6-8 settimane dalla loro preparazione.

La sterilità del preparato è sufficientemente assicurata dalla fusione che la massa richiede per l'incorporazione dei vari rimedi, e dal flambage della camera di compressione della pressa; le candelette dovranno essere vendute ben protette ognuna da un tubetto di vetro chiuso agli estremi da tappi di ovatta sterile, come fanno la casa Leclerc di Parigi, e la farmacia di S. Gallicano in Roma. Vanno poi, s'intende, maneggiate dal medico o dal malato con mani ben pulite o con pinza sterile, e introdotte nel canale subito dopo la minzione, e previa disinfezione del meato con ossicianuro di mercurio 1 ‰. Se si usano i mandrini di Janet (uno per ogni malato) questi saranno a lor volta bene degrassati con alcool subito dopo usati, e quindi sterilizzati con ogni cura. Questi mandrini conduttori sono espressamente costruiti da molte case francesi (Leclerc, Plisson); e sono effettivamente molto utili per le candelette di misura corta, ma, come dicemmo, non assolutamente indispensabili.

*
* *

Le *indicazioni* per l'uso di questo metodo risulteranno ben chiare dopo riassunta brevemente l'evoluzione clinica della uretrite blenorragica.

La cura dei grandi lavaggi alla Janet imprime per lo più alla malattia un carattere di particolare benignità, purchè adottata il più precocemente possibile, eseguita con rigore di tecnica, e con matematica puntualità senza interruzioni nemmeno di un giorno: le complicazioni con questo metodo si fanno estremamente rare, anzi del tutto eccezionali: e per lo più in 30-50 giorni di lavaggi si arriva alla guarigione completa e stabile. I risultati ottenuti in parecchie migliaia di malati da noi curati nell'ambulatorio di S. Gallicano, stanno a dimostrare la verità di quanto asseriamo. Solo in qualche caso la cura si prolunga oltre misura, senza causa anatomica dimostrabile, e ci obbliga a salire a dosi alte di permanganato (1:3000-1:2000) o a cambiare antisettico (ossicianuro, preparati argentici) o a tentare di associare alla cura dei lavaggi un'energica vaccinazione. Anche in questi casi si arriva però, per lo più, ad avere la guarigione, senza

il passaggio allo stato cronico. Ecco dunque già stabiliti due tipi di uretrite:

1) Uretrite blenorragica acuta a decorso normale;

2) Uretrite blenorragica acuta a decorso prolungato.

Alcune volte, queste forme a decorso prolungato si fanno addirittura ostinate e ribelli, e il gonococco persiste, ad onta delle cure più assidue; in tali casi occorre ricercare accuratamente se vi sia un focolaio profondo che sfugga all'azione dei lavaggi: focolai subepiteliali, cavità e recessi glandolari o prostato-vescicolari, nicchie ascessuali, lacune di Morgagni anormalmente profonde, canalini parauretrali infetti, follicoliti del frenulo comunicanti coll'uretra, vegetazioni del canale, malformazioni del meato, ecc. In tali casi che costituiscono l'uretrite gonococcica cronica, l'uretra si è immunizzata, vaccinata, contro il suo gono annidato in questi focolai profondi, e quindi, quantunque continuamente percorsa dai gonococchi provenienti da detti focolai, non è più in grado di reinfettarsi diffusamente e di presentare crisi di riacutizzazione, a meno che un trauma (passaggio inopportuno di istrumenti) non ne menomi la resistenza e la renda nuovamente ricettiva. Queste forme richiedono la ricerca e la disinfezione del focolaio profondo, il che basta per vedere in breve guarire gonococcie croniche che sembravano ribelli alle cure più assidue. Ciò ci porta a stabilire una terza forma di uretrite;

3) Uretrite cronica gonococcica, o gonococcia cronica.

Questa forma non ha nulla a che vedere coll'uretrite cronica vera, cioè non più gonococcica, di cui si parlerà appresso.

Constatata a più riprese e dopo brevi periodi di sospensione e dopo la prova dell'alcool e della birra, del coito e del nitrato d'argento la scomparsa del gonococco e dei filamenti e della secrezione, si può parlare di guarigione dell'uretrite acuta curata regolarmente coi grandi lavaggi; ma, secondo la brillante espressione di Janet che paragona l'uretra ai territori invasi durante la grande guerra, se il nemico è scomparso, il terreno è seminato di rovine e il lavoro di ricostruzione può essere lungo, laborioso, e gravido di incidenti. Comincia cioè il *periodo postgonococcico*, nel quale quattro eventualità possono presentarsi:

a) La guarigione si mantiene reale e stabile, e non è seguita da alcun incidente notevole. È il caso più frequente, e costituisce l'uretrite blenorragica acuta a decorso normale, del 1° tipo già stabilito.

b) La mucosa uretrale è rimasta fragile in seguito alla malattia e alla cura, e il passaggio dell'urina vi determina un'azione irritante chimica che si traduce in una secrezione mucosa chiara per lo più fluida e sierosa ma talora anche muco-purulenta, con urine più o meno torbide e filamenti, ma con assenza assoluta di gonococco e di altri germi: è l'uretrite semplice, asettica, postgonococcica o secondaria, di origine chimica.

c) La mucosa uretrale spogliata più o meno del suo normale epitelio cilindrico, ha perduto il suo potere fagocitario di difesa contro i germi banali venuti dall'esterno: e quindi la flora normale del meato può oltrepassare le barriere fisiologiche, colonizzare profondamente sugli epiteli piatti di sostituzione incapaci di fagocitosi, e determinare un'uretrite con secrezione abbondante bianco-perlacea in cui si trovano dei polinucleari, molte cellule epiteliali grandi e piccole, ed uno stormo di germi banali di una o più specie, abbondantissimi, ma senza gonococco: è l'uretrite da germi comuni, postgonococcica o secondaria. Tanto questa, quanto la precedente, possono insorgere subito dopo la scomparsa del gonococco, o anche molti giorni più tardi, dopo un periodo anche lungo di apparente guarigione.

d) I disordini anatomici determinati dalla malattia, e talora dalle cure improprie od eccessive, sono tali che è assolutamente impossibile un ritorno allo stato normale: e ad onta della scomparsa definitiva del gonococco, secrezione, infezioni secondarie, filamenti, urine più o meno torbide, persisteranno per un tempo indefinito: è l'uretrite cronica vera, che non ha più nulla a che vedere colla blenorragia, e che non va confusa colla gonococcia cronica di cui si è parlato più sopra.

Ecco quindi costituiti altri tre tipi di uretrite:

4) Uretrite semplice asettica postgonococcica o secondaria.

5) Uretrite microbica postgonococcica o secondaria.

6) Uretrite cronica vera postgonococcica da lesioni anatomiche definitive.

Vi sono poi altre forme di uretrite nelle quali, fino dal principio il gonococco fu sempre assente, ma che insorsero o per cause chimiche o meccaniche irritanti (profilassi antiblenorragica eccessiva, abusi sessuali, urine concentrate, eccessi alimentari, diabete, traumi uretrali, secrezioni vaginali irritanti), o per cause microbiche diverse dal gonococco (rapporti con donne affette da leucorrea per

metrite non blenorragica). Nelle prime non si trova alcun germe, e sembrano asettiche; nelle seconde si trova un nuvolo di germi di una o più specie, ma non il gonococco. Queste due forme sono pertanto identiche alle forme 4 e 5, ma ne differiscono perchè sono primitive, insorte come tali, e non come seguito ad una precedente fase gonococcica. Esse costituiscono quindi due forme a parte:

7) Uretrite semplice asettica primitiva.

8) Uretrite microbica non gonococcica, primitiva.

Per essere completi, dovremmo aggiungere un'altra ed ultima forma; uretrite con complicazioni, sia urinarie che genitali, o anche a distanza o generali; ma di queste non è il caso di occuparsi nella presente nota che ha di mira solo le indicazioni della cura colle candelette medicate, le quali in queste forme complicate non offrono campo di applicazione, per lo meno, finchè le complicazioni stesse sono in atto.

*
* *

Concepita così l'evoluzione e la classificazione delle uretriti, sarà ora facile stabilire per ciascuna forma l'indicazione delle candelette medicate:

1) Nella 1ª forma: uretrite blenorragica a decorso normale, i cilindri uretrali medicati non offrono campo di applicazione; la cura alla Janet basta da sola e in breve tempo a fornire la guarigione.

2) Nella 2ª forma: uretrite blenorragica a decorso prolungato (senza focolai parauretrali), possono essere utili dopo il 2° mese di cura le candelette antisettiche: o all'ossicianuro, o all'argirolo.

3) Nella 3ª forma: uretrite cronica gonococcica (con focolai parauretrali), oltre la ricerca e la disinfezione del focolaio (non sempre facile nè possibile) potrà essere utile l'uso di candelette antisettiche all'argirolo, nella speranza che il loro potere diffusivo e penetrante possa raggiungere il focolaio profondo inaccessibile ai lavaggi e talora anche all'azione diretta endoscopica.

4) Nella 4ª e 7ª forma, cioè nelle uretriti semplici asettiche da irritazione chimica, siano esse postgonococciche o primitive: candelette grasse semplici di solo burro di cacao, o meglio, candelette all'ossido di zinco ed ittiolo, che riusciranno molto utili, perchè protettive della parete contro lo stimolo chimico dell'urina. Nessun lavaggio. Sarebbe infatti un errore aggiungere l'irritazione di altre sostanze chimiche a quella già esistente.

5) Nella 5ª ed 8ª forma: uretriti microbiche non gonococciche, sieno esse primitive o postogonococciche: candelette antisettiche all'ossicianuro di mercurio associate ai lavaggi colla stessa sostanza.

6) Nella 6ª forma: uretrite cronica vera, cioè non più gonococcica ma da lesioni anatomiche irreparabili: oltre le cure meccaniche ed endoscopiche, sarà molto utile, specie nelle forme fortemente desquamanti, l'uso di candelette grasse semplici o medicate all'ossido di zinco ed ittiolo; mentre nelle forme fortemente purulente e con flora banale abbondante, si preferiranno quelle antisettiche all'ossicianuro di mercurio.

*
* *

Riassumendo:

Le candelette medicamentose uretrali vanno applicate solo alla cura delle uretriti anteriori e mai all'uretra posteriore. Esse non debbono in alcun caso essere considerate capaci di bastare da sole alla cura dell'uretrite, sia essa blenorragica o no: ma debbono sempre essere usate solo come cura accessoria, supplementare, in aggiunta alle altre cure, e solo in casi speciali e ben determinati.

La loro preparazione, conservazione ed introduzione debbono rispettare scrupolosamente le regole dell'asepsi.

La loro lunghezza, il loro calibro, e la tecnica di introduzione, diverse da caso a caso, debbono rispondere esattamente alle norme suesposte.

Il loro uso trova scarse indicazioni nella uretrite blenorragica vera dell'uomo: tutt'al più può agire da coadiuvante nei periodi ultimi delle forme a decorso prolungato: e in tal caso si dia la preferenza alle formule antisettiche all'ossicianuro e all'argirolo.

La loro indicazione precipua riguarda le uretriti non gonococciche, sia primitive che postgonococciche, nelle due forme di uretrite semplice (senza germi dimostrabili) o di uretrite da germi banali: come pure nelle forme croniche (non più gonococciche) a tipo mucoso o desquamativo. E il loro ufficio è principalmente quello di fornire all'uretra un intonaco grasso protettivo.

Le candelette di argirolo ad alto potere antigonococcico, sono specialmente indicate per la cura della blenorragia femminile (uretra e canale cervicale): ed il loro contenuto di sostanza attiva (5-10-20 %) deve essere in ragione inversa del grado di acuzie del processo locale.

L'uso razionale di questo genere di cura reclama frequenti esami e controlli microscopici; la presenza o meno del gonococco; l'as-

senza di qualunque germe; la presenza o l'associazione di germi banali; il reperto di abbondanti cellule epiteliali sia della fossa navicolare, sia dell'uretra peniena, degli strati superficiali e dello strato medio; sono altrettanti elementi che solo il microscopio può fornire, e senza dei quali l'indicazione delle candelette medicate e la scelta del rimedio da incorporarvi, come pure, del resto, tutta la cura dell'uretrite, non potrebbe assolutamente essere stabilita. Ciò conferma ancora una volta la necessità che chi si accinge a curare una uretrite sia ben familiarizzato coll'uso del microscopio, e faccia da sè i suoi esami anzichè affidarli ad un laboratorio, il quale, anche se competente e serio, darà sempre risposte tardive, mentre invece la decisione terapeutica deve essere talora immediata; e che spesso, nei casi dubbi, avrà tendenza, a scanso di responsabilità, a dare risposte positive, mancandogli la conoscenza clinica del malato, la quale permetterebbe invece in molti casi una più esatta interpretazione dei risultati. Il gonococco, dice Janet, va ricercato e riconosciuto non solo col microscopio, ma anche col ragionamento e colla clinica.

Roma, marzo 1929.

DALLA PRATICA CORRENTE

Considerazioni su di un caso di cistite banale in un tubercolotico

per CARMELO MALTESE LE-ROY (Padova).

Z. Giuseppe, anni 52, mediatore, di S. Giorgio in Bosco (Padova) mi è indirizzato dal dott. Enrico Siniscalchi il 12 maggio 1928, per fenomeni estremamente intensi di cistite e perchè con la minzione la vescica non si vuota completamente.

I primi sintomi della malattia rimontano all'inizio del 1908. Sembra che in seguito ad abbondanti libazioni l'ammalato in quell'epoca sia stato colpito da bisogni molto frequenti di urinare e le urine erano molto torbide.

Andò a consultare il chirurgo dell'Ospedale di Cittadella il quale praticò una serie di lavaggi vescicali con esito negativo.

Nel 1909, tifo, complicato da broncopolmonite, guarito in due mesi circa. Subito dopo recrudescenza dei disturbi vescicali con dolore alla fine della minzione.

Con alternative di miglioramenti e di ricadute, questo stato di cose persistette fino al 1917, epoca in cui il paziente richiamato sotto le armi, fu ricoverato all'Ospedale Militare di Roma dove gli vennero praticati a parecchie riprese la cistoscopia ed una serie di lavaggi vescicali di cui l'ammalato non sa precisare la natura ma che non produssero miglioramento alcuno.

Congedato nel 1918, l'ammalato trascinò i suoi disturbi che divenivano sempre più intensi, fino al gennaio 1927 epoca in cui fu colpito da pleurite destra e da enterite grave. Durante la malattia i fenomeni di cistite raggiunsero un'intensità estrema e sono persistiti fino ad oggi malgrado i lavaggi vescicali praticati ed i disinfettanti delle vie urinarie usati in larga scala.

In questi ultimi mesi qualche lieve ematuria terminale della durata di poche minzioni.

Prima di venire da me il paziente aveva consultato altri colleghi i quali sembra abbiano ammesso un'affezione bacillare molto avanzata.

Attualmente l'ammalato si lagna:

1) di dolori continui alla regione soprapubica, alla verga ed al perineo, che diventano atroci alla fine della minzione;

2) di pollachiuria estremamente intensa (minzione ogni dieci minuti tanto di giorno che di notte);

3) di disuria accentuata tanto che per urinare è costretto a prendere la posizione assisa;

4) di un dolore limitato alla regione renale destra che data da due anni circa.

Pretende inoltre di avere dimagrato di 10 chili in quest'ultimo anno.

Esame generale. — Al momento in cui il dott. Siniscalchi m'ha indirizzato il Signor Z., costui teneva appena all'impiedi tanto era cachettico ed era occorso che due uomini lo accompagnassero: ogni linea del viso denotava le sofferenze del paziente.

Torace a tipo paralitico, « scapole alate », fosse sopra- e sottoclavicolari molto accentuate. Emitorace destro « bombé » nei due terzi inferiori.

Alla percussione del torace subottusità alla base a destra e diminuzione dell'espansione del margine polmonare destro.

All'ascoltazione: respirazione aspra e percezione netta di piccoli rantoli crepitanti ai due apici polmonari.

Fegato, milza, cuore: normali. Temper. 36°,8 C.

Esame locale. — *Reni* non percettibili; alla palpazione si provoca un dolore al punto di Tourneux a destra, ma, ad un'osservazione più attenta, si vede bene che il dolore è superficiale.

Testicoli e canali deferenti: normali.

Prostata: presenta all'esplorazione due lobi del tutto normali in quanto a forma, volume e consistenza. Si ha tuttavia l'impressione di percepire al lobo destro un nodulo della grandezza di un piccolo pisello.

Urine: molto torbide e pallide, ma fetide.

Dopo aver fatto urinare l'ammalato, il cateterismo, molto doloroso, dà esito a circa 100 grammi d'urina residuale.

All'*esame microscopico* si riscontra: pus molto abbondante, innumerevoli colibacilli, stafilococchi, streptococchi.

Antecedenti esami ed il precetto tante volte sentito ripetere dal prof. Marion che « ogni cistite spontanea, resistente alla cura classica, recidivante deve essere tenuta come sospetta per tbc. e comanda un'esplorazione dei reni » mi fanno pensare ad una tubercolosi renale forse bilaterale. La fetidità delle urine, i germi riscontrati all'esame microscopico facevano pensare ad un'associazione microbica, tutt'altro che rara.

Prescrivo l'ingestione di 6 ctgr. di bleu di metilene al giorno, dei semicupi caldi ad una dieta sana e sostanziosa, aspettando per praticare il cateterismo degli ureteri che le condizioni generali del paziente lo permettessero.

Il 21 maggio approfitto di un lieve miglioramento dei sintomi per tentare il cateterismo degli ureteri.

Residuo vescicale: 100 ctm. cubici.

Nel lavare la vescica, osservo che occorrono *parecchi litri di liquido* di lavaggio per ottenere la limpidezza necessaria per la cistoscopia.

Capacità vescicale: 130 ctm. cubici.

La limpidezza del liquido introdotto persiste e dà agio di proseguire comodamente l'esame cistoscopico.

Il collo è del tutto normale; ma in vescica è impossibile di distinguere gli orifici ureterali poichè la mucosa vescicale è tappezzata in tutta la sua estensione da uno spesso strato di piccole membrane fibrino-purulente grigiastre e di vegetazioni.

Rinunzio per il momento al cateterismo con la convinzione di trovarmi di fronte ad una piuria d'origine esclusivamente vescicale e sottometto il paziente al regime dietetico speciale, alle bevande diuretiche e calmanti all'urotropina (2 gr. al giorno).

A giorni alterni pratico un'instillazione di cinquanta centimetri cubici di $AgNO_3$ *al due per cento*, preceduta da un lavaggio vescicale di una soluzione di ossicianuro di mercurio all'uno per mille. Ho cura però di fare, mezz'ora prima dell'instillazione, un'iniezione di un centigr. di cloridrato di morfina.

Le instillazioni sono sopportate molto bene dal paziente ed otto giorni dopo l'efficacia del sistema di cura intrapresa si rivela sorprendente: le condizioni generali sono molto migliorate, i dolori diminuiti; l'ammalato urina 8 volte la notte ed ogni ora e mezza al giorno.

Il 29 maggio cistoscopia: residuo vescicale invariato.

Urine: sempre torbide ma quasi inodore.

Capacità: 140 ctm. cubici. Le membrane e le vegetazioni sono di colore bruno-splendente e sono diminuite nella regione del trigono dove è possibile di vedere qualche piccolo tratto di mucosa molto arrossata. Orifici ureterali invisibili.

Il 16 giugno. — Urine limpide e ben colorate. Residuo 70 gr.; presenza di piccole membrane nerastre nel liquido di lavaggio.

Condizioni generali buone. L'appetito è ritornato e con esso le forze. L'ammalato urina 3 volte la notte ed ogni tre ore il giorno.

A partire dal 17 giugno pratico due sole instillazioni alla settimana ed impiego una soluzione di $Ag\,NO_3$ all'uno per cento.

Il 25 giugno. — L'ammalato ha ripreso il lavoro da due giorni, le urine sono limpidissime e ben colorate. Una sola minzione la notte ed ogni quattro ore il giorno. Residuo vescicale: 40 gr.

Cistoscopia. — Capacità: 200 ctm. cubici.

La mucosa vescicale nella parete postero-inferiore è del tutto spoglia di membrane, solo si presenta un po' arrossata.

Nel rimanente esiste un tenue strato di membrane flottanti e come accartocciate, di colore nerastro e splendenti.

Gli orifici ureterali, nettamente visibili sono normali.

Continuo la cura fino al giorno 12 luglio. Due giorni dopo il paz. parte per la montagna.

Ritorna alla mia osservazione il giorno 31 agosto.

Le condizioni generali sono ottime: è aumentato di 4 Kg. ed ha acquistato quel senso di benessere fisico che aveva perduto da venti anni.

Nessuna minzione la notte, ogni quattro ore il giorno.

La cistoscopia, praticata lo stesso giorno, mi fa osservare una mucosa vescicale del tutto normale: si nota qua e là qualche piccola membrana flottante che tiene soltanto per una delle estremità.

Tale è l'osservazione che ho creduto opportuno di descrivere dettagliatamente e che mi pare si presti a delle considerazioni degne di un certo interesse. Essa dimostra sopratutto che in sintomatologia urinaria i quadri classici non sempre corrispondono allo stato reale dei fatti.

La tendenza a considerare un sintomo fisico dell'apparato urinario (cistite, ematuria, ecc.) in un tubercoloso, come l'espressione di una tubercolosi renale è, nella quasi totalità dei casi, giustificatissima. Bisogna però tener sempre presente l'ipotesi che le vie urinarie di un individuo affetto (in antecedenza od in atto) di tubercolosi polmonare, ossea ecc., possono certamente essere rispettate dal bacillo di Kock ed, invase invece da altri germi, produrre una pielonefrite, una cistite banale, una pionefrosi (calcolosa o no) ecc. ecc.

Circa un mese fa ho operato di nefrectomia destra per uro-pio-nefrosi calcolosa, un individuo nel cui passato si trovava un'osteo-artrite cronica del piede guarita in anchilosi. L'esame dell'apparato respiratorio dava un'infiltrazione abbastanza diffusa dei due apici. Nessun sintomo che facesse pensare alla calcolosi ed il quadro classico della tubercolosi renale era così netto che non pensai nemmeno di fare radiografare l'apparato urinario.

Nel caso del sig. Z., tutto si prestava a meraviglia a trarre in errore: l'esame del paziente, il suo stato generale, una cistite così tenace a tutte le cure, il responso dato da altri colleghi, la ritenzione vescicale, il dolore alla regione renale.

Un fatto ha attirato la mia attenzione e dandomi l'impressione che la piuria era d'origine vescicale, mi ha messo sulla buona strada: il modo con cui si chiariva il liquido vescicale.

Nella grande maggioranza dei casi di piuria, nel lavare la vescica, se il pus proviene dai reni, il liquido di lavaggio si chiarisce dopo pochi colpi di siringa, ma s'intorbida dopo pochi minuti. Se invece l'origine del pus è esclusivamente vescicale, occorre una grande quantità di liquido prima d'ottenere la limpidezza necessaria che però persiste a lungo.

Evidentemente è sul cateterismo degli ureteri, con l'esame della funzionalità renale, che s'impernia la diagnosi e di sede e di natura di una malattia delle vie urinarie alte; ma nei casi in cui le alterazioni vescicali, spinte

all'estremo, lo rendano impossibile, il problema diagnostico si presenta con tutte le sue incognite. In tal caso bisogna tentare di migliorare con delle instillazioni, le condizioni della vescica e se, come avviene di tanto in tanto, non si riesce, bisogna praticare il cateterismo a vescica aperta.

Nel mio caso, ho creduto superfluo di sottoporre il paziente all'esplorazione renale per le seguenti ragioni:

a) il buon risultato ottenuto con le instillazioni d'$AgNO_3$ che avrebbero fatto peggiorare una cistite tubercolare;

b) l'aspetto degli orifici ureterali;

c) i caratteri delle urine dopo le instillazioni e la disparizione dei disturbi.

Dal punto di vista terapeutico, credo utile d'attirare l'attenzione degli urologi su di un metodo molto efficace per guarire queste cistiti, croniche in quanto all'evoluzione ma a sintomalologia acutissima e che sono molto tenaci.

Durante il mio tirocinio nel servizio del prof. Marion, praticai delle « grandi instillazioni » d'$AgNO_3$ ad un malato di cistite renale con ottimo risultato. Trattandosi di un caso interessante credo che sia utile di riportare l'osservazione per intero (1).

J... (Paul), Côrso, 26 anni, Civiale 43.

Entra nel Servizio per cistite ribelle che dura da più di un anno.

Nel marzo 1925, ematuria, nettamente terminale durata due giorni, primo sintomo constatato; in seguito le urine si sono intorbidate ed il malato ha provato bisogni frequenti d'urinare (ogni 2 ore il giorno, ogni ora la notte). Esiste dolore alla regione soprapubica al momento delle minzioni.

Nel giugno 1925 entra alla Clinica di Neker. Un tentativo di cateterismo fallisce. Gli esami di laboratorio dànno i seguenti risultati: Us=0,45 - K=0,086.

Sul risultato di questa costante il 26-6-1925 si pratica una doppia lombotomia esploratrice che mostra due reni d'aspetto completamente normale.

Da quest'epoca la pollachiuria si è accentuata (minzione ogni mezz'ora) ed il paziente ha avuto una dozzina d'ematurie tutte terminali. Dimagramento di nove Kg.

Esame attuale. — Urine torbide e pallide. Nessun sintomo obiettivo: i reni non si sentono alla palpazione.

Cistoscopia e cateterismo degli ureteri il 25 giugno 1926.

Capacità vescicale ridotta (80 ctm. cubici).

Liquido di lavaggio molto lungo a chiarirsi ma la limpidezza persiste.

La mucosa vescicale è coperta d'un rivestimento purulento esteso e presenta qualche piccola incrostazione.

Il contorno dell'orificio ureterale S. sembra più infiammato di quello di D.

In ogni caso niente permette in questo esame di conchiudere in favore della natura tbc. della cistite.

Il cateterismo dei due ureteri è praticato e dà i risultati seguenti:

I due reni sono del tutto normali.

Si praticano a giorni alterni delle « grandi instillazioni » (50 ctm. cubici di $AgNO_3$ in soluzione al due per cento) vescicali ed il paziente esce guarito un mese dopo.

Ecco un caso di cistite banale che si era prestato a trarre in errore degli urologi molto distinti. Una quindicina di instillazioni ebbero facilmente ragione del male.

La tecnica di queste per la sua semplicità è alla portata di tutti indistintamente. Dopo un lavaggio vescicale con una soluzione tiepida di ossicianuro di mercurio all'1 ‰ s'iniettano in vescica 50 cmc. di $AgNO_3$, in soluzione al 2 per cento (tiepida, s'intende) e si raccomanda all'ammalato di urinare il più tardi possibile.

Essendo, come si comprende, l'instillazione molto dolorosa, bisogna fare un'iniezione di 1 ctgr. di cloridrato di morfina mezz'ora prima. In tal modo le instillazioni sono sopportate benissimo.

CONCLUSIONE.

Con questa mia osservazione ho voluto mettere in evidenza:

1) il caso, relativamente frequente, in cui una malattia banale può colpire l'apparato urinario d'un tubercoloso;

2) il potente mezzo terapeutico che noi abbiamo nel nitrato d'argento in soluzione al 2 % per guarire del tutto ed in breve tempo certe cistiti gravi e tenaci date dai comuni germi.

Padova, ottobre 1928.

(1) L'osservazione è stata citata dal prof. MARION nella seduta dell'A. F. U. del 19 luglio 1926 a proposito della nefrectomia sulla costante. (V. *Journal d'Urologie*, t. XXII, n. 4, pag. 327).

Enuresi notturna e cromoterapia bleu.

Dott. C. FRANGIPANE - Vicenza.

Nel settembre dello scorso anno, alla fine di una serie di 20 irradiazioni di U. V. praticate ad un bambino con note di rachitismo evidenti (rosario costale, testa piuttosto grossa, ventre tumido, ginocchia discretamente valghe, ecc.) di anni quattro, la madre, oltremodo soddisfatta per l'esito brillante della cura, mi diceva di essere però molto angustiata perchè il bambino bagnava di notte il letto, in modo impressionante. Rimasi, in certo senso, meravigliato della affermazione della donna, poichè se è vero che la debolezza organica generale, può favorire e mantenere l'enu-

resi, nel caso specifico lo stato di nutrizione, di vitalità e di ristabilito equilibrio biologico del piccolo, operato dagli U. V.. era patente e meraviglioso.

Prima della cura avevo già potuto escludere, interrogando la madre, la presenza di vermi intestinali nel piccolo paziente, mentre eventuali malattie del retto, eczemi, fimosi, processi flogistici vescicali non se ne rilevavano al momento di questa seconda indagine.

L'enuresi, quindi, non era provocata da azione riflessa o alterazioni anatomiche congenite ovvero acquisite. Allora verosimilmente una causa nervosa (neurosi del collo vescicale, iperestesie del fondo e della mucosa vescicale) era quella che doveva tenere desto il processo morboso, con la sua poco piacevole manifestazione notturna. Nel breve periodo di tempo, occorsomi per queste fugaci riflessioni, mi sovvenne pure di avere letto che il Von Minin aveva adoperato con buon esito, i raggi di una Sollux, attraversanti un filtro bleu, diretti sulla regione perineale, contro l'enuresi notturna. Così volli provare il metodo sul mio paziente e praticai, con l'intervallo di due giorni, due applicazioni di raggi bleu, con la Sollux per 45' a circa 20 cm. di distanza, con intensità non molesta per il bambino. Nessun beneficio. Il 2 ottobre risolvo di metterlo bocconi sul lettino, e di irradiare la regione lombo-sacrale (distanza cm. 20, durata 45', intensità sopportabile). Il 4 ripeto la irradiazione con la stessa modalità sempre sulla regione sacro-lombare ma più confortato in quanto la madre mi aveva riferito che il bambino, nella notte seguente alla seduta cromoterapica, non aveva urinato, mentre nella notte appresso si era svegliato quando già cominciava a perdere l'urina. Licenzio il paziente e raccomando di ricondurlo dopo sei giorni, se nel frattempo non fosse riapparsa l'enuresi.

L'11 ottobre la madre mi riferisce che il figliolo non perdeva più urina, non solo, ma si svegliava e chiamava quando gli occorreva di mingere. Rimando senza procedere ad altra irradiazione e lo rivedo il 30 ottobre: notizie sempre ottime e così fino al 30 gennaio u. s.

Nel frattempo mi era occorso vedere un altro bambino affetto pure da enuresi non solamente notturna, ma anche e più intensa diurna (ogni cinque minuti doveva correre al gabinetto altrimenti bagnava i vestiti). In questi, certo S. Marcello, di anni 6, non si notava alcuna affezione importante, salvo un leggero catarro bronchiale, lo stato generale, la nutrizione e sanguificazione erano ottime. Fino a tre mesi prima gli accadeva solo di tanto in tanto di bagnare il letto di notte, mentre da allora l'enuresi aveva assunto proporzioni allarmanti e malgrado la madre si alzasse parecchie volte, la sua sollecitudine non riusciva a salvarla dalla delusione di trovare il figliolo in un bagno d'urina.

Inizio la seduta di cromoterapia bleu con le stesse modalità del primo e ne pratico sei, le prime due a giorni alterni, le altre spaziate di sei in sei giorni. Il miglioramento si inizia dopo la prima ed alla terza diminuiva anche lo stimolo alla minzione di giorno. Rivisto il 6 febbraio c. a. la madre conferma che il bambino sta benissimo.

Ricordo ancora un terzo caso curato nello stesso periodo di tempo: S. M., di anni 7, già operato nell'aprile del 1927 di ablazione delle tonsille e di vegetazioni adenoidee; malgrado gli atti operatori subìti e lungo soggiorno al mare l'enuresi persiste. Il bambino è bene sviluppato scheletricamente, ha buon appetito, è vivace ed ha bel colorito; presenta però, micro- e macropoliadenia cervicale accentuata.

Prima di praticare una serie di irradiazioni di U. V., a causa del suo abito linfatico, ho proceduto alla cromoterapia bleu sacro-lombare, con le solite modalità per confermare l'osservazione del primo caso: escludere cioè che la guarigione dell'enuresi possa mettersi in rapporto con le migliorate condizioni generali del paziente per la cura ultravioletta. Come nei precedenti sono bastate poche sedute (otto in tutto) per debellare l'enuresi. Ho praticato, poi, fino ai primi di gennaio u. s. una serie di 20 irradiazioni di R. U. V. senza più ripetere applicazioni di cromoterapia bleu e la stabilità del risultato è perdurata e continua a tutt'oggi, malgrado un attacco influenzale subìto negli ultimi giorni di gennaio.

Le linfoglandule sono scomparse ed i parenti sono felici della duplice guarigione.

I casi da me esposti si prestano a delle brevi considerazioni: anzitutto è da notare la azione rapida ed energica con cui le irradiazioni bleu della Sollux hanno agito nello stroncare l'enuresi, ponendo mente che a nessuno dei tre bambini, durante il trattamento, sono stati propinati medicinali antispasmodici, sedativi, o tonico-nervini e muscolari. Nei due primi le condizioni igieniche famigliari erano tutt'altro che favorevoli, nel primo poi, habitus-rachitico e nel terzo vegetazioni adenoidi, ipertrofia tonsillare cronica e linfoglandule cervicali palesavano, in modo evidente, uno stato di carenza, di avitaminosi e di eventuali insufficenze endocrine. In entrambi, infatti, la terapia ultravioletta ha dato risultati clinici ottimi, che fanno pensare ad un ristabilimento di equilibrio minerale nel plasma sanguigno, per la riattivazione delle proprietà fissatrici del fattore X (Woringer-Rhomer).

Queste osservazioni, sebbene siano ancora insufficenti, per avere un valore decisivo, darebbero, però, adito a pensare che l'enuresi dei bambini, quale affezione locale e puramente funzionale, può guarire (altri casi in cura mi permettono affermarlo, fino ad oggi) indipendentemente dello stato di squilibrio organico dell'individuo e persistere malgrado il ripristino dello stato di salute.

Per quale meccanismo agiscono così favorevolmente i raggi bleu della Sollux sulla enuresi?

Le notizie sugli effetti biologici delle radiazioni luminose sono, invero, piuttosto scarse, ma di alcune di esse (radiazioni rosso-aranciate ed azzurro-violette) si conoscono, tra le altre, proprietà eccitanti, antiflogistiche, eubiotiche per le prime, sedative per le seconde. Questa azione dei raggi bleu si esplicherebbe secondo alcuni (Reviglio) per l'intermediario dello stimolo visivo; nei miei

pazienti, però, tale causa non si può invocare perchè essi stanno in posizione ventrale sul lettino, e le radiazioni chiuse nel cono limitatore, applicato alla Sollux non ne fuoriescono che per il filtro, che li dirige perpendicolarmente sulla regione lombo-sacrale.

Quindi è logico pensare che il potere delle radiazioni si esplichi direttamente sulla vescica con l'intermediario del plesso vescicale, branca efferente di quello ipogastrico, alla cui formazione, come si sa, concorrono rami anteriori del simpatico sacrale e rami del 3° e 4° paio sacrale. Sulla vescica il plesso si divide in due gruppi di filamenti, uno avvolgente la sua parte inferiore ed anteriore e l'altro i suoi due terzi superiori. Ho voluto ricordare brevemente la vasta e fitta rete nervosa sensitivo-motrice, che circonda la vescica per cercare di spiegare la facilità e la rapidità con cui essa risente la benefica influenza delle radiazioni luminose bleu, nella enuresi.

D'altra parte questo ricordo anatomico della innervazione vescicale può anche giovare a rendere comprensibile l'efficacia curativa delle suddette radiazioni sia che l'incontinenza funzionale dell'urina, completa od incompleta, venga provocata da un'esagerata contrazione delle fibre muscolari del corpo vescicale o da una minore tonicità (paresi) del collo, per cui questo resta in parte dischiuso anche di giorno (enuresi diurna, secondo caso) o da una iperestesia della mucosa.

In quanto al modo di penetrazione dei raggi bleu della Sollux, fino al plesso vescicale, attraverso le diramazioni del III e IV paio sacrale e le anastomosi di questi col simpatico sacrale si dovrà forse ritenere che la vasodilatazione cutanea, permettendo venga accelerata la circolazione nei territori profondi, favorisca anche il più rapido passaggio, sotto la sorgente radiante, di una maggiore massa sanguigna, che si carica, così, di radiazioni luminose bleu. Queste trasformate, verosimilmente, negli strati superficiali dei tessuti, in altra forma di energia, analogamente a quanto si può supporre avvenga per i R. U. V. verrebbe utilizzata sia come fattore equilibratore di funzione che come elemento sedativo.

Così, secondo il mio modesto modo di pensare, ho cercato di spiegarmi i risultati ottenuti in questi casi di enuresi sopra ricordati; mentre sarei ben lieto se la presente nota potesse dar luogo a controlli ed a più esaurienti dilucidazioni.

N.B. - Il ritardo nella pubblicazione della presente nota mi ha fornito l'occasione di potere controllare la stabilità della guarigione nei tre casi di enuresi illustrati e degli altri che erano in corso di cura.

Vicenza, settembre 1928-VI.

SUNTI E RASSEGNE.

La fibrosi atrofica isolata dei reni. Nefrite cronica azotemica pura.

(P. CHEVALIER. *Le Bull. Méd.*, n. 42, 6 ottobre 1928).

Le nefriti azotemiche sono state molto studiate; tra le altre si sono trovate alcune forme, più rare che evolvono senza ipertensione e senza ipertrofia di cuore. Attraverso le osservazioni di vari autori (Traube, Potin, Senator, Widal, Weil, Bouchut, ecc.) si crea un tipo clinico eccezionale: *la nefrite cronica azotemica pura.*

Questa forma possiede una individualità netta: clinica biologica ed anatomica. Anatomicamente la lesione renale è bilaterale; la corticale e la midollare sono fibrose in grado massimo; tutti gli altri organi sono sani. Biologicamente, domina la azotemia. Clinicamente, la sintomatologia è assai misera fino alla cachessia terminale.

Etiologia: si svolge in età giovanile, dai 13 ai 26 anni secondo i vari AA. L'inizio è imprecisabile, eccetto in qualche raro caso in cui pare seguire a nefrite scarlattinosa acuta. In genere non si rilega ad alcuna malattia anteriore.

Clinica: notisi anzitutto come costantemente negativi i seguenti segni: pressione normale, cuore normale, assenza di sindrome emorragica, non edemi, esame radiologico di tutti gli organi negativo.

1) *Il periodo latente*: non presenta alcun sintoma netto, solo un incidente intercorrente può farlo rilevare;

2) *Segni di insufficienza renale* precedenti la grande sindrome azotemica. L'aspetto esterno è raramente di grande robustezza, spesso sono tipi ipotrofici, distrofici. Frequentemente si rivelano note di eredolue.

Quasi costante ed in genere molto netta è la pollachiuria, diurna e notturna. Esiste anemia, facile fatica fisica, illanguidimento cerebrale, anoressia. L'albuminuria è costante, ma può essere minima: 0,50-1 gr. L'azotemia è elevata: 0,50-2-3 gr. La costante d'Ambard è elevata. L'eliminazione della sulfonfenoptaleina è cattiva. Manca la lipemia.

Alcuni di questi sintomi sono costanti; la pollachiuria, l'albuminuria e l'azotemia. Gli altri compaiono *a poussées*. Queste possono essere spontanee o provocate da scarti di regime, da surmenage; esse possono sparire col riposo.

L'A. distingue poi e descrive minutamente vari tipi di malati: cioè il ben portante, il faticato, l'anemico e l'anemico anoressico.

Circa le poussées azotemiche possono distinguersi dei parossismi evolutivi dovuti a nuovi accessi di infiammazione renale che aggravano

le lesioni; e dei parossismi alimentari in rapporto ad alimentazione incongrua.

La cachessia azotemica terminale: sorge per lo più progressivamente, appare improvvisa nei soggetti che non si osservano. Cresce talmente il senso di fatica che ogni lavoro resta impedito. Aumenta l'anoressia. Sorgono dolori ai lombi, crampi muscolari. La tinta è pallida giallastra senza ittero. La formula ematica è quella della anemia aplastica con deglobulizzazione intensa. La pelle è secca, i muscoli si atrofizzano, aumenta il torpore; la sonnolenza è agitata da periodi di agitazione. Il respiro diviene lento, difficile, profondo, ma rimane regolare. La bocca e la lingua si infiammano e si disseccano. Il cuore diviene sordo, la pressione sistolica è bassa, la diastolica sui 7-8. La temperatura si abbassa, le pupille sono ristrette, i riflessi vivaci. Le urine divengono scarse, l'albuminuria è discreta: 0,50-2 gr. per litro. L'azotemia sale a 4-5 gr. Mentre il polmone, il fegato e tutto il resto permane normale, il paziente inerte, abbattuto, freddo (35°), semiincosciente, agitato talora da tremori muscolari, agonizza lentamente.

Evoluzione: si deve distinguere una forma latente ad evoluzione rapida, ed un'altra forma a poussées azotemica ed a progressione lenta. Tra queste due forme vi sono poi le forme sublatenti con poussées minime che solo tardivamente assumono imponenza.

Anatomia patologica: i due reni sono piccoli, rossastri, granulosi, disseminati di cisti, si scapsulano con strappamento di particelle della corticale. Il tessuto è resistente al coltello, il taglio è rossastro, la corticale è sottile, la midollare diminuita di spessore.

Il microscopio mostra le lesioni classiche della nefrite sclerotica. Il numero dei tubuli renali è considerevolmente diminuito; i glomeruli sono quasi tutti trasformati in blocchi fibrosi. Ci si domanda come così poco rene intatto abbia potuto permettere la vita.

Tutti i tessuti del rene sono lesi ma le lesioni non sorpassano il rene: non esiste pericapsulite. L'arteria renale e le sue ramificazioni sono perfettamente sane. Fatto assai notevole è che disseminate, sopratutto nella corticale, s'osservano dei focolai infiammatori giovani. La esistenza di focolai linfatici associati alla sclerosi atrofizzante dimostra che la nefrite cronica azotemica è dovuta ad una infiammazione del rene, e che questa nefrite è evolutiva.

Patogenesi: è difficile ed incerta. L'inizio è insidioso, si formano dei piccoli focolai distanziati, quasi sempre vicini alla superficie del rene. In essi si ha una infiammazione torpida che evolve verso la sclerosi. Si ha poi recidiva di nuovi focolai simili. L'abbondanza di questi focolai e la frequenza delle recidive regola la prognosi.

Perchè la nefrite prenda una evoluzione progressiva, occorre che intervengano delle nuove poussées infiammatorie, e per conseguenza si deve ammettere la persistenza di un agente patogeno.

Circa il modo di agire di questo agente, Feuillié pensa che esso leda i leucociti che poi eliminandosi si accumulino nel rene e ivi si trasformino in tessuto fibroso. Ciò non pare esatto all'A. che pensa invece che i tessuti infiammati si liberino dalla loro solidarietà reciproca, onde il tessuto nobile ha la peggio, ed il connettivo viene stimolato.

Etiologia: quale è l'agente patogeno che persiste nel rene e può risvegliarsi in certi momenti? La risposta non può essere che ipotetica. L'A. dà la massima importanza alla eredolue ed alla scarlattina. Sarebbero queste le due infezioni che dopo la fiammata eruttiva lascerebbero nell'organismo un germe insidiosamente aggressivo. L'A. pensa sopratutto alla sifilide ed alla scarlattina.

Di grande interesse è notare come oltre al rene nessun altro organo sia malato: tutto è sano.

Una questione importante è quella dell'anemia che si ha in queste forme. A questo proposito è bene notare che all'autopsia si riscontra una notevole siderosi, e ciò non è un carattere esclusivo dell'anemia azotemica, ma si ha in quasi tutte le anemie emolitiche. E allora resta a domandarsi quale sia la causa di questa anemia: è essa conseguenza della lesione renale od è dovuta a lesione concomitante di un altro organo? L'A. propende per la prima di queste ipotesi, ma ricorda però come l'anoressia e la ipoalimentazione debbano anche avere la loro parte.

Terapia: malgrado il regime più severo, i diuretici detti azoturici, la grande azotemia è sempre mortale ed a breve scadenza. Il regime senza carne resta la prescrizione principale. Occorre: 1) favorire l'escrezione delle scorie azotate; 2) lottare contro l'anemia e la cachessia; 3) guarire l'accesso infiammatorio. Per il primo scopo è necessario somministrare molta acqua, ma non è sempre possibile questa idratazione perchè compare l'edema. Se si ammette con l'A. che la cachessia e l'anemia sono di origine renale, si riconoscerà l'indicazione della opoterapia renale. Ricordando poi che l'accesso infiammatorio è probabilmente mantenuto dalla lues si ricorrerà con prudenza alla terapia specifica. L. TONELLI.

L'uretrorragia grave consecutiva alle dilatazioni dell'uretra.

(V VINTICI. *Journ. d'Ur. Méd. Chir.*, ag. 1928).

L'A. riferisce sette casi di uretrorragie gravi consecutive a dilatazioni uretrali, capitate dal 1920 all'ospedale Lariboisière, di cui una particolarmente grave, che condusse a morte il paziente.

Questa complicazione delle dilatazioni uretrali,

che, in forma lievissima e passeggera, è molto frequente, diventa invece assai rara quando assume caratteri d'imponenza e gravità come nei casi citati dall'A. Ma non ostante tale relativa rarità è necessario conoscere questa possibilità, sia per la sua gravità, che richiede un trattamento pronto ed appropriato, sia per la natura delle lesioni che provocano l'emorragia.

Hamonic cita dei casi di restringimento uretrale con emorragie spontanee, e Jacques ricorda che in questi casi spesse volte la dilatazione del restringimento fa cessare l'uretrorragia.

Nei casi che facilmente sanguinano si riscontrano lesioni varie: uretrite vegetante con bottoni carnosi assai vascolarizzati, formazioni polipose, lesioni sclerotiche anaelastiche, ecc.; però l'uretrorragia grave è molto spesso il segno di una falsa strada. Da ricordarsi le uretrorragie spontanee degli epatici gravi; e quelle facilmente provocabili degli emofilici. Nel caso mortale dell'A., non esistevano false strade, nè lacerazioni, ma solamente lesioni di uretrite cronica sclerotica con soffusioni sanguigne. Per la terapia, se non basta la sonda a permanenza, occorre subito praticare l'epicistotomia e tamponamento dell'uretra.

V. LOZZI.

L'emostasi renale per innesto.

(MARIO DEL RIO. *Archivio Ital. di Chirurgia*, vol. XXIII, fasc. 1).

L'A. in una prima parte riassume le principali ricerche che nel campo della patologia sperimentale sono state condotte in rapporto all'uso di materiale da innesto, impiegato a scopo tanto emostatico che plastico nel rene (Pignatti, Ruhaschow, Menghetti, Sannazzari) ed aggiunge che, nonostante che i dati che noi oggi possediamo siano tutt'altro che scarsi e tali da far ritenere il problema risolto nelle sue linee generali, è stato mosso alla compilazione del presente lavoro in considerazione delle divergenze che vi sono fra i vari ricercatori specialmente per quanto concerne la eventuale larga produzione di infarti calcarei e successivamente comparsa di calcoli ed ancora sugli effetti lontani che l'uso d'un innesto può apportare sullo stato anatomico e funzionale del rene.

Tutti gli esperimenti l'ha praticati sul coniglio, sul rene sin. (più facilmente aggredibile), praticando o una nefrotomia o una resezione cuneiforme mesorenale ovvero quella di uno o entrambi i poli; su le superfici cruentate o su quelle di resezione ha addossati o interposti tessuti di muscolo o grasso freschi ovvero prudentemente fissati in alcool o formolo; in alcuni casi per saggiare la funzionalità del rene sperimentato ha proceduto alla nefrectomia del lato opposto ed infine in vari casi per controllare la esistenza o meno di calcoli e di concrezioni calcaree ha praticato la riprova radiografica.

Viene alle seguenti conclusioni: 1) l'emostasi con innesto plastico di muscolo o grasso è pronta, completa ed anche definitiva; 2) l'innesto va incontro ad una progressiva regressione accompagnata dall'incapsulamento e dall'invasione del connettivo renale; 3) la presenza dell'innesto ingenera nel parenchima una intensa reazione connettivale accompagnata da una infiltrazione calcarea all'intorno del residuo dell'innesto; 4) all'infiltrazione calcarea e probabilmente in dipendenza con essa si aggiunge la produzione di veri e propri calcoli indipendenti e talvolta alla produzione di una idronefrosi; 5) il rendimento funzionale del rene, comunque così sperimentato, resta in tal modo di solito deficiente. Nella pratica clinica non gli sembra consigliabile l'impiego di tessuti eterogenei freschi o fissati quali il grasso e più specialmente il muscolo.

SINIBALDI.

L'impianto degli ureteri nel crasso.

(R. COFFEY. *Surg. Gyn. et Obst.*, nov. 1928).

L'A., che da vent'anni ha studiato la questione sia dal punto di vista sperimentale che pratico, fa la storia dei vari processi usati dai chirurghi americani e infine descrive dettagliatamente il proprio con le ultime modificazioni. Egli si è preoccupato di formare una specie di valvola nella mucosa intestinale per impedire l'infezione ascendente delle vie urinarie. Perciò egli impianta gli ureteri nell'intestino facendo loro percorrere un tragitto obliquo nella parete e lasciando un lembo di mucosa sporgente nel lume intestinale a costituire una formazione valvolare. Un inconveniente frequente a verificarsi è quello dell'edema ureterale con conseguente anuria: l'A. introduce nel moncone ureterale un catetere ureterale che fa uscire dal retto e così mantiene la pervietà dell'uretere. La tecnica del Coffey si può così riassumere:

I tempo. Incisione addominale ombelico pubica: si riporta il sigma e lo si chiude con un enterostato ad una certa distanza dell'angolo sigma-retto. Si incide il peritoneo post. in due punti corrispondente agli ureteri che si sezionano in prossimità della vescica: il moncone prossimale si estrinseca e a ciascuno di essi si fissa un catetere ureterale.

II tempo. Un assistente pulisce con garza stipata e con una soluzione di mercurocromo il retto e il sigma fino al punto fissato dall'enterostato. Poi l'operatore pratica due incisioni per via addominale sul sigma in prossimità del retto parallele e longitudinali; incisioni interessanti la sierosa. Si fa passare il catetere che decorre per

un certo tratto sottosieroso e poi attraversa la muscolare e la mucosa con l'uretere che gli è fissato; il catetere per il tratto extra-ureterale rimane libero nel retto e in parte fuoriesce dall'ano. Si chiude con punti staccati e introflettenti le due ferite del sigma e si peritonealizza accuratamente.

Con questo procedimento l'A. ha operato ultimamente 9 pazienti affetti da malattie svariate (estrofia vescicale, tumori, fistole vescico-vaginali inguaribili) e non ha avuto alcun caso di morte.

VITTORIO GHIRON.

Il sarcoma primitivo della prostata e delle vescichette seminali.

(WASSILJEFF. *Zeits. f. Urol. Chir.*, vol. 25, F. 1/2).

I sarcomi primitivi della prostata sono assai rari. Sono più frequenti nei bambini che negli adulti: il 50 % riguardano adolescenti fino a 10 anni. Più difficile riesce la diagnosi nell'età avanzata nelle quali si riscontrano nel 20 % dei casi. Di solito si pensa ad altre affezioni (ipertrofia, cancro, ascesso). Dal punto di vista istologico si distinguono: 1) s. globocellulare; 2) s. fusocellulare; 3) mixosarcoma; 4) adenosarcoma; 5) linfosarcoma; 6) angiosarcoma; 7) rabdomioma maligno; 8) forme miste.

Frequente la infiltrazione dei tessuti vicini, le metastasi che possono avvenire per la via linfatica, ma assai più spesso per quella sanguigna nei più svariati organi. Le formazioni anatomiche più frequentemente invase sono: nel sarcoma della prostata, la vescica, le vescicole seminali, il retto; meno coinvolti, il pene e l'uretra. In ogni caso, ed è quello che risalta dalla letteratura, è caratteristica: 1) la rapidità dell'accrescimento del neoplasma; 2) la mancanza di disturbi subbiettivi; 3) e di disturbi della minzione con le sue conseguenze; 4) la difficoltà della diagnosi.

Tali conclusioni sono anche autorizzate dal reperto di un caso che si è presentato occasionalmente al reperto di un'autopsia (sarc. parvoglobocell.). Di notevole interesse erano alcune piccole metastasi nel rene.

Assai più raro e quindi di un interesse anche maggiore è un sarcoma primitivo (parvoglobocell.) delle glandole seminali o per lo meno del territorio a queste pertinente. Neppure nel malato in questione era presente qualsiasi accenno di disturbi subbiettivi, pur avendo raggiunto il tumore dimensioni notevoli.

Anche in questo caso esisteva una metastasi nel rene. La diagnosi non fu posta giusta che all'autopsia, in quanto che la palpazione — dal retto — di una massa voluminosa, sporgente nel lume dell'ampolla, aveva indotto nel sospetto di un carcinoma del retto.

MINGAZZINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

C. BORETTI. *Diverticoli della vescica urinaria.* Bologna, Cappelli E., 1928).

L'A. ha raccolto in una interessante monografia, riordinando e studiando accuratamente il materiale clinico di tre anni della Divisione Urologica dell'Ospedale Maggiore di Milano, presentando così un lavoro sintetico completo.

I numerosi casi studiati (45) hanno permesso all'A. di illustrare molto bene alcuni punti, di questo importante argomento, rimasti ancora poco chiari, specialmente sull'etiopatogenesi e sulla sintomatologia.

Per la cura l'A. sostiene la diverticulectomia per via ipogastrica extravescicale-extraperitoneale, accoppiando poi un trattamento complementare sul collo vescicale.

I risultati sono buoni, essendosi ottenuta una guarigione dell'87 % dei casi. Il libro è raccomandato per tutti gli studiosi, che vogliono formarsi un concetto esatto della quistione. V. LOZZI.

G. MARION. *Traité d'Urologie.* Masson et C., éditeurs. Paris, 1928.

È uscita, attesa con molto interesse, la seconda edizione del ben noto trattato d'urologia del prof. Marion, che la casa editrice Masson ha saputo presentare in una bellissima veste bibliografica. Dire dei pregi di questo trattato è cosa fuor di posto, perchè esso è noto alla quasi generalità degli urologi; noterò brevemente le nuove importanti modificazioni ed aggiunte apportate ad esso.

Alcuni capitoli sono stati aggiunti di sana pianta: sulla cistografia, sulla pielografia, sulla semeiologia cistoscopica, sull'infarto renale, sulla barra interureterale, sull'ipertrofia congenita del collo vescicale, sulla chirurgia urinaria nei diabetici e sulle biopsie vescicali. Come si vede, tutti importanti argomenti, di interesse attuale, che sono venuti sviluppandosi e completandosi in questi ultimi tempi.

Alcuni processi operatori sono stati modificati, secondo l'esperienza acquisita sul valore rispettivo delle tecniche nuove. Sono state infine aggiunte un certo numero di nuove immagini endoscopiche, e di riproduzioni in colore dei pezzi anatomici più dimostrativi e più interessanti.

Da tutte queste modificazioni ed aggiunte è venuta fuori un'opera, che onora altamente l'autore e rende orgogliosa una casa editrice e che merita d'essere ben conosciuta dal mondo medico.

V. LOZZI.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Il reflusso pielo-venoso.

È questo un argomento che in questi ultimi tempi ha destato tutta una serie di ricerche che compaiono con discreta frequenza sui giornali americani; non sarà male fare una rapida corsa attraverso a questi studii.

Hiuman e Lee-Brown per i primi nel 1924 attrassero la attenzione su questo soggetto. Esperimentando con varii animali, e con iniezione di differenti soluzioni essi vennero alle seguenti asserzioni: 1) Nei reni dei mammiferi, operando ad una pressione più bassa della pressione secretoria renale, si può ottenere un reflusso dalla pelvi nelle vene renali. 2) Il fenomeno comincia nella regione del solco dei calici minori. 3) Esso non è reversibile. 4) L'iniezione tubulare al di là della bassa porzione dei tubuli collettori risulta incapace a produrre il reflusso (*Jour. of Amer. Med. Ass.* 23 febb. 1924). Il loro lavoro era accompagnato da fotografie e radiogrammi di reni in cui questo fenomeno si era prodotto.

Nel 1925, Felix Fuchs (*Zeitschr. f. Urol. Chir.*, n. 18, 1925) fece degli esperimenti su 50 reni di cadaveri umani, e riuscì a confermare il fatto, dimostrandone la frequenza.

Nel 1926 Bird e Moise (*Jour. of Am. Med. Ass.*, 6 marzo) non poterono confermare i risultati di Hiuman e Lee Brown, ma stabilirono che i tubuli renali possono essere iniettati fino ai glomeruli con soluzioni di inchiostro di china, o con miscele di ferrocianuro di potassio, ferro e citrato di ammonio.

Essi confermarono così le osservazioni di V. Blum (*Wien. med. Wochenschr.*, n. 19, 1912) di Mason e Burns, e conclusero che il reflusso pielovenoso si verifica per rottura di un tubulo che decorre in stretta apposizione con una larga vena retta o arcuata.

Nello stesso anno Hiuman e Redewill (*Jour. of Am. Med. Ass.*, 16 ottobre 1926) in uno studio sperimentale asserivano la frequenza del reflusso da uno di loro per primo descritto. Essi si convinsero per mezzo delle proprie esperienze che il punto in cui si produceva il reflusso era l'apice dei calici minori, e misero in evidenza che non vi era alcuna comunicazione in atto tra la pelvi ed il sistema venoso, ma che invece il passaggio doveva essere attribuito alla diapedesi, all'osmosi.

Nel 1927 Lee-Brown (*Jour. of Urol.*, febbraio 1927) pubblicarono degli esperimenti condotti con iniezione forzata di liquido nella sostanza renale. Con questo mezzo essi determinarono una iniezione venosa del rene che si produsse senza alcuna iniezione tubulare.

Più recentemente Lee-Brown e Laydely (*Jour. of Am. Med. Ass.*, 17 dic. 1927) hanno iniettato una serie di 75 reni a varie pressioni e con varii liquidi. La pressione usata oscillò dai 20 ai 100 mm. di Hg. Il fattore tempo fu reso costante in quanto si considerarono come negativi i reni che non avevano presentato reflusso entro un periodo di 15 minuti. Si considerava presente il reflusso pielovenoso se il liquido iniettato fuoriusciva dalla vena renale, oppure se ad occhio nudo si vedeva apparire il liquido fin sotto la corteccia, o con l'esame microscopico che dimostrava la iniezione venosa. Gli AA. riportano in sette tavole i risultati delle loro ricerche su vari animali, e sull'uomo. In questi sopra 18 reni iniettati ottennero 16 volte il reflusso pielo-venoso. Come risultato complessivo, su 75 iniezioni ebbero 59 casi positivi, cioè il 78,8 %. Da ciò essi concludono che il reflusso deve certamente verificarsi in una alta percentuale di reni. Dal punto di vista clinico i reni umani sono i più importanti, e sembra che nell'uomo il fenomeno in esame si verifichi più frequentemente e più completamente che in ogni altro animale. Alcuni studiosi hanno iniettato i tubuli renali fino nei glomeruli, agli AA. ciò non riuscì mai possibile. I loro esperimenti dimostrano che: 1) è impossibile ottenere una iniezione che vada oltre i tubuli del Bellini sui reni viventi e secernenti se la pressione è gradualmente aumentata; 2) il reflusso pielovenoso non è in alcun modo dipendente dalla iniezione o rottura dei tubuli; 3) la iniezione tubulare si inizia alla papilla della piramide, il punto della pelvi più lontano dalla corteccia, e si estende solamente entro l'area immediatamente vicina; 4) il reflusso pielo-venoso invece si inizia all'apice dei calici minori, cioè nel punto della pelvi renale più vicino alla corteccia; 5) un reflusso esteso è raro quando vi è una estesa iniezione tubulare e viceversa; 6) il reflusso è facilmente prodotto negli animali in cui la mucosa pelvica si riflette bruscamente sui calici minori; 7) le piccole lesioni che possono essere in atto all'apice dei calici minori permettono al contenuto pelvico di passare nelle vene rette; 8) l'aumento patologico del tessuto connettivo rende più difficile il reflusso pielovenoso e può impedirlo del tutto.

L. TONELLI.

CASISTICA.

Complicazioni vescicali post-partum.

Durante la gravidanza la vescica è compressa ed i suoi legamenti sono stirati dall'ingrossamento dell'utero. Il ritorno al normale della vescica può tardare un certo tempo dopo il parto. Questi casi formano il gruppo che George C. Prather (*The American Journal of Obstetrics and Gynecology*, febb. 1929) chiama complicazioni vescicali post-partum.

Le condizioni che le producono sono la ritenzione acuta di urina e il residuo vescicale; a ciascuna di queste condizioni può associarsi cistite acuta. La ritenzione acuta d'urina appare evidente di per sè; ma il residuo vescicale e la cistite acuta possono qualche volta sfuggire. Da queste alterazioni dipendono molti casi di febbre in puerperio diagnosticate come sepsi pelvica.

Lo studio del Prather fu fatto su 58 casi, osservati al Boston Lying-in Hospital nel 1925, 1926 e 1927. L'8,6 % era di primipare. Solo nel 6,9 % c'erano disturbi preesistenti delle vie urinarie. Il parto normale o patologico e le lacerazioni perineali non si possono riconoscere come fattori causali delle complicazioni vescicali.

Ritenzione acuta. Taussig trovò necessario il cateterismo per ritenzione acuta nel 3,8 % su 157 puerpere. Secondo Stoeckel e Ruge cistoscopicamente si trova in questi casi edema attorno allo sfintere interno. Le cause della ritenzione si devono cercare nell'alterazione della parete vescicale per compressione o per stiramento, nella paralisi vescicale da anestesia, nell'aumento di volume della vescica ed in un disturbo funzionale transitorio dei nervi della vescica a causa del parto.

Prather ebbe 39 casi di ritenzione acuta (cioè 67,24 % delle complicazioni vescicali). In 24 di questi 39 casi (61 %) ebbe temperatura febbrile prima del cateterismo, in 13 fu esaminato il sedimento che era normale in 9 e conteneva un certo numero di leucociti in 4.

La cura della ritenzione acuta è il cateterismo vescicale. Il drenaggio può essere intermittente o permanente, sempre dopo aver provato, senza ottenere la minzione, le applicazioni calde soprapubiche e perineali, la pituitrina o il benzoato di benzile. Prather non fece, come altri, l'istillazione in vescica di aria, o di glicerina borica, o di altri stimolanti. Il drenaggio intermittente si fa cateterizzando ogni 8 ore finchè compare la minzione spontanea. Allora il cateterismo si farà solo 2 volte nelle 24 ore finchè si riduce a quantità trascurabile il residuo vescicale. Il cateterismo va fatto asetticamente e deve essere seguìto da irrigazione vescicale con soluzione di acido borico calda. Il drenaggio permanente si fa con catetere n. 18 o 20 e si mantiene fino a 24 ore dopo la scomparsa della febbre praticando una volta al giorno irrigazione vescicale con soluzione di acido borico calda. Se poi il residuo vescicale supera un'oncia e mezzo si ristabilisce il drenaggio permanente.

La durata media della cura col drenaggio intermittente è di 5 giorni, mentre è di 6 col drenaggio permanente. La scomparsa della temperatura si ha dopo 6 giorni coi due metodi.

In 17 casi l'A. fece prima il drenaggio intermittente per 1-5 giorni e poi quello permanente, ottenendo la guarigione in 8 giorni in media.

In 5 di questi 39 casi di ritenzione acuta (cioè nel 12,8 %) c'era pielite.

Ritenzione non acuta con residuo vescicale. Si sa che esiste residuo vescicale nella gravidanza e nel puerperio. Holstek ha trovato residuo vescicale medio di 107 cmc. nelle primipare un giorno dopo il parto e 58 cmc. nelle multipare, e una settimana dopo rispettivamente 14 e 7,5 cmc. I fattori responsabili sono gli stessi della ritenzione acuta.

I sintomi del residuo vescicale sono: senso di fastidio alla regione soprapubica o alla perineale, minzione frequente, disuria, o la sensazione di non essere riusciti a vuotare la vescica. In alcuni casi si riesce anche a palpare la vescica; praticamente però è difficile fare una distinzione palpatoria fra vescica piena e utero non ancora involuto; il cateterismo risolve il quesito.

19 delle 39 malate di Prather (32,76 %) avevano residuo vescicale senza ritenzione acuta; il residuo medio era di 28 once; le malate avevano temperatura febbrile la cui causa non si trovava in nessun'altra manifestazione morbosa. Il sedimento delle urine era normale in 7 casi, conteneva leucociti in 8, non fu esaminato in 4.

Col drenaggio intermittente la guarigione avvenne in media in 4 giorni, mentre in 3 si ebbe col drenaggio permanente. Col drenaggio intermittente la temperatura ritornava normale dopo 5 giorni in media, mentre in 2 giorni tornava normale col drenaggio permanente.

Il 15 % dei casi erano complicati da pielite; Prather ritiene che il residuo vescicale possa condurre alla pielite dopo il parto.

La cura col drenaggio accelera il ritorno allo svuotamento spontaneo della vescica, abbassa la temperatura, porta rapidamente al normale il sedimento urinario ed evita le complicazioni a carico delle vie urinarie alte.

RENATO LUSENA.

Azotemia intensa senza uremia.

S. Nudelman y M. Schfeingart (*Prensa Med. Arg.*, n. 27, 1929) riferiscono il seguente caso clinico, capitato alla loro osservazione. Trattasi di uomo di 30 a., nel quale negativa era l'anamnesi famigliare. A 13 anni aveva sofferto di morbillo e dieci anni fa aveva avuto un'angina, con febbre alta, cui seguì edema agli arti inferiori ed urinazione scarsa.

Nel termine di 15 giorni il p. con la dieta lattea-vegetariana si rimise perfettamente, nè in seguito aveva avuto più alcun disturbo fino all'inizio dell'attuale malattia. Nell'agosto scorso il p. improvvisamente ebbe un attacco di edema polmonare acuto, con sintomatologia classica. L'incidente si risolse in breve tempo, ma un mese dopo il p. avendo fatto, contrariamente alle prescrizioni mediche, un lungo viaggio in automobile, ebbe un secondo atto simile al primo. L'edema era più pronunciato, e così pure esistevano i segni di un'insufficienza cardiaca netta. Anche questa volta con il regime ed il riposo il p. si ristabilì alquanto, e stette bene fino all'ottobre scorso, quando ricomparve vomito, intolleranza gastrica, singhiozzo, congestione epatica, dispnea, rantoli alle basi polmonari, edema con tendenza a generalizzarsi.

È in tali condizioni che fu ricoverato in ospedale.

Praticati l'esame del sangue e quello dell'urina fu trovato: azotemia 5,279 ‰, albumina 0,40 ‰, p. s. 1008, cloruri 1,70, urea 10,24 ‰, con emazie, cilindri ialini e rari cilindri granulosi nel sedimento.

La semplice dieta idrica ed il riposo produssero la scomparsa quasi immediata di tutti i sintomi e miglioramento notevole delle condizioni generali, senonchè ripetuta l'azotemia, questa fu trovata di 5,60 ‰. Ciò oltre a meravigliare i medici curanti contrastava con lo stato del p. nel quale non si notava il più piccolo segno di uremia. Fu deciso, ad ogni modo, di continuare il medesimo trattamento, il quale dette risultati veramente brillanti.

Ripetuto dopo 8 giorni l'esame del sangue, si ebbe: urea 3,78 ‰, azoto non proteico 3,00, azoto residuo 1,27, acido urico 0,084, creatinina 0,120, colesterina 1,87. Fu allora istituito un trattamento a base di iniezioni di paratiroidi (1 cmc. pro die) ed enteroclismi con sali di Glauber al 10 % (200 cmc. pro die).

I primi enteroclismi furono ben tollerati, e fu notata subito la loro influenza favorevole sull'azotemia, ma in seguito, provocarono coliche intestinali, tachicardia e nausea, per cui si dovette ricorrere alla via endovenosa. Frattanto l'azotemia andava sempre più diminuendo fino a che nel mese di dicembre era di 2,30 ‰.

L'esame dell'urina, in questa epoca, rivelò rare tracce di albumina, e scarsi cilindri ialini e granulosi.

L'esistenza di azotemia intensa con scarsa sintomatologia clinica è ammessa da tutti i clinici, per quanto sia di osservazione piuttosto rara.

Nel caso in esame, il p. presentava una tolleranza eccezionale tanto verso l'azotemia come per gli altri prodotti anormali. Mentre infatti la maggioranza degli infermi con azotemia di 2-3 %, presentano già una sintomatologia complessa di uremia, in questo caso, con un'azotemia di 5,60 ‰, con una quantità enorme di azoto residuo, di creatinina e di corpi aromatici, il quadro uremico mancava completamente.

Anche gli accidenti nervosi mancarono completamente, nonostante la creatinemia fosse notevolmente aumentata, mentre è noto come proprio ad essa sono stati imputati i fenomeni convulsivi per irritazione del sistema nervoso.

Se a tutto ciò si aggiunge l'evoluzione favorevole della malattia, con abbassamento dell'azotemia e miglioramento dello stato generale, si vede come il caso in esame sia di osservazione piuttosto rara. A. POZZI.

TERAPIA.

Trattamento della sifilide nei renali.

Il trattamento della sifilide nei soggetti con lesioni renali, osserva C. A. Gourdy (*Rev. Med. Lat. Americana*, marzo 1928) è sempre subordinato non tanto alla forma clinica della nefropatia, quanto alla capacità funzionale dei reni. Ogni trattamento antiluetico perciò deve essere basato sulla conoscenza perfetta della capacità funzionale dei reni, la quale non solo sarà controllata durante i periodi di cura, ma anche negli intervalli di riposo.

In tutti i casi nei quali le prove funzionali del rene danno una cattiva capacità renale, il trattamento antiluetico è controindicato. Ad ogni modo si dovranno usare i sali solubili, e lasciare da parte quelli insolubili.

La preferenza è data agli arsenicali (neosalvarsan, salvarsan, sulfarsenol) e ai sali mercuriali. Le prime dosi debbono essere inferiori alle abituali, al fine di saggiare per ogni malato la propria tolleranza e la dose superiore si farà solo quando quella precedente è stata bene tollerata. La bismuto-terapia (salvo casi eccezionali) è una terapia antisifilitica ancora poco conosciuta per pretendere di sostituire con essa gli altri agenti terapeutici già noti per la loro efficacia.

Il regime dietetico adatto ad ogni forma clinica di nefropatia è il complemento indispensabile del trattamento antisifilitico negli individui con lesioni renali.

A. POZZI.

Nelle cistiti postinfluenzali da B. coli durante il primo anno di vita.

La cistite da colibacillo, favorita da particolari condizioni individuali e determinantesi per via ascendente, non è infrequente nelle bambine lattanti, come complicazione di infezioni da bacillo di Pfeiffer. Ha per lo più un carattere molto benigno e tendenza a rapida risoluzione. La sua insorgenza, ad ogni modo, va tenuta presente e

deve essere ricercata quando si vede che un'infezione influenzale tende a protrarsi e la febbre, dopo la fase acuta, assume l'andamento delle forme settiche.

Per la cura, come consiglia G. Belloni (*La pediatria del medico pratico*, nov. 1928) riesce bene, nella maggior parte dei casi, l'urotropina, che si somministra in piccole quantità in un infuso di lavanda al 5 %; per il primo anno di vita, non si oltrepassano 1-2 grammi in tutta la cura, che dura generalmente per 3-6 giorni.

In alcuni casi, un po' più resistenti, si aggiunge la vaccinoterapia, sia con gli *stock-vaccini*, sia, meglio, con l'autovaccinoterapia, a dosi crescenti da 50 milioni a 2 miliardi; in qualche raro caso, l'uso dell'autovaccino può dare inconvenienti. Raramente si ha a che fare con forme più resistenti, che richiedono le lavature endovescicali con soluzione di nitrato d'argento a 1/5000-1/2000, fatte seguire da lavature con soluzione fisiologica.

fil.

L'azione diuretica dell'urea.

Simici, Marcou et Popesco (*Presse méd.*, n. 60, 1928) osservano come l'urea possieda un'azione diuretica pronta e costante tanto negli individui sani come in quelli ammalati con trasudati ed essudati (cirrosi, pleuriti specifiche).

La diuresi prodotta è proporzionale alla quantità di urea somministrata e la diluizione dell'urina può mantenersi anche 24 ore dopo la sospensione del medicamento. L'urea può essere somministrata benissimo nella dose di 25-50 gr. pro die, in serie di 3, 4 o 7 giorni, separati da alcuni giorni di riposo, durante i quali si possono somministrare altri diuretici. In tali dosi l'urea determina nei malati, il cui rene presenta buona permeabilità alle sostanze azotate, un'azotemia che però è transitoria e non accompagnata dai sintomi che si hanno nelle azotemie patologiche.

Ordinariamente dopo la somministrazione di 50 gr. di urea al giorno, la quantità dell'urina è di 1500-2000 cmc. nelle 24 ore, e solo eccezionalmente supera i tre litri diari.

L'urea ha inoltre il potere di aumentare la eliminazione dei cloruri e dell'acido urico ed è di gran lunga superiore ad ogni altro diuretico, per cui rappresenta un ottimo mezzo per ottenere la disidratazione nei malati con trasudati ed essudati.

A. P.

Il trattamento della ritenzione d'urina postoperatoria.

Ed. Fermaud (*Journ. de méd. de Paris*, 6 dicembre 1928) applica correntemente il metodo di Corbineau, consistente nelle iniezioni vescicali di glicerina boricata.

Se, dopo 12 ore da un'operazione qualsiasi, il malato non ha ancora urinato, si introduce una sonda in vescica, se ne ritirano poche gocce di urina ed, a vescica piena, si introducono subito 10 cmc. di glicerina boricata al 20 %.

In 15 malati, di cui redige l'osservazione, si ebbe la minzione spontanea dopo un tempo variabile da 10 minuti a 2 ore, per la maggior parte in 1/4 d'ora. In 8, si dovette fare una seconda iniezione, dopo 15-30 minuti. In 3 se ne fecero 3; uno di essi urinò dopo la terza, gli altri due si dovettero siringare. Tutti 3 questi casi riguardavano operazioni di emorroidi con rachianestesia, ma non si può stabilire la causa dei rari insuccessi dell'iniezione di glicerina.

Il metodo non presenta controindicazioni, salvo, ben inteso, la presenza di cistite.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Muco-pus nell'urina. — Il dott. Paolino, nella ricerca del muco-pus nell'urina, mediante l'aggiunta di potassa caustica, ha osservato che l'urina, dapprima torbida, si è fatta limpidissima, mentre si sono formati dei fiocchetti di precipitato biancastro. Chiede informazioni al riguardo.

Con l'aggiunta di potassa caustica, l'urina viene alcalinizzata, sicchè gli urati acidi vengono portati in soluzione; quindi l'urina si fa limpida. Nel tempo stesso, i fosfati terrosi, appunto per l'alcalinizzazione dell'urina, precipitano, come accade sia quando l'urina, nello stesso organismo, è transitoriamente alcalina (emissione di urine torbide e biancastre), sia quando l'urina, per fermentazione ammoniacale, diventa alcalina e si intorbida appunto per la precipitazione dei fosfati terrosi.

Eviti la ricerca chimica del pus e faccia piuttosto l'esame microscopico del sedimento, che le può dare risultati sicuri e non richiede che un microscopio con ingrandimenti di circa 300 diametri ed è della massima semplicità.

fil.

Al dott. T. Benzi, da Bellano:

Le libere docenze in sola medicina operatoria non sono più ammesse; ma solo in Clinica chirurgica e Medicina operatoria; così pure non sono accettate le domande per la sola Traumatologia, ma solo per Traumatologia e Ortopedia, o per Clinica ortopedica.

A. R.

Al dott. F. L., da N.:

Consulti:

C. ANTONUCCI: *Echinococco del polmone*. Tipogr. Riccardo Garroni, Roma, 1923, p. 300.

Policlinico settimanale, dal 1923 al 1929.

T. F.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Nel Consiglio Superiore di Sanità.

Come abbiamo annunziato, con recente R. Decreto Legge venne modificata la costituzione del Consiglio Superiore di Sanità, aumentando il numero dei componenti di diritto del Consiglio stesso e quello dei dottori in medicina e chirurgia particolarmente competenti nelle varie branche della medicina sociale. I nuovi componenti di diritto sono: il direttore generale delle acque e delle bonifiche, un rappresentante della Cassa Nazionale delle Assicurazioni Sociali, un rappresentante della Croce Rossa Italiana, il direttore della Scuola Superiore di Malariologia, il direttore della Clinica della tubercolosi e delle malattie delle vie respiratorie presso la R. Università di Roma. In dipendenza delle accennate modificazioni sono stati nominati componenti del Consiglio medesimo i proff. Silvestro Baglioni, Giuseppe Bastianelli, Sante Desanctis, Ernesto Pestalozza, Riccardo Versari.

Cronaca del movimento professionale.

Ordine dei Medici della Provincia di Roma.

Si avvertono nuovamente i signori Medici iscritti all'Ordine che è necessario, agli effetti della revisione dell'Albo, esibire il certificato di residenza attuale che viene rilasciato, a richiesta, dagli Uffici Municipali (per Roma: Piazza Poli).

Saranno cancellate le iscrizioni di coloro che al 30 giugno non avranno dimostrato di avere residenza nella Provincia di Roma.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Arezzo. *Consorzio Provinc. Antitubercolare.* — Direttore del Dispensario antitbc. del capoluogo; L. 18.000 e 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,05. Scad. 15 giu.

Bianzè (*Novara*). — Scad. 15 giu.; L. 7000 e bienni, doppio c.-v., L. 500 trasp.

Bolzano. — Medico scolastico; scad. 15 giu.; L. 1000 mensili; nom. e conferme ad anni solari; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15. Divieto eserc. libero, ma è consentito assumere incarichi presso altri Enti.

Brescia. — Per Mompiano; a tutto 30 giu.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,05; stip. L. 9000 oltre 5 quadrienni di L. 1000, addizion. di L. 3 oltre i 1000 pov., L. 800 ambulat., L. 1500 trasf., L. 2100 serv. att., c.-v.; doc. a 3 mesi dal 23 mag.

Carro (*La Spezia*). — A tutto 20 giu.; L. 7540 e 10 bienni ventes., oltre L. 1400 bicicletta e lire 500 uff. san.; età lim. 25-30 a. (*sic*); tassa lire 50,10; serv. entro 15 gg.

Caserta (*Napoli*). — Scad. 28 giu.; per Casertavecchia; L. 8000 oltre L. 2400 cav. e 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

Casorzo (*Alessandria*). — Scad. 15 giu.; L. 6580 e 4 quinquenni dec., oltre L. 500 uff. san., lire 500 trasp.

Codogno (*Milano*). *Civico Ospedale.* — A tutto 31 lug., primario medico, primario chirurgo, assistente medico e assistente chirurgo. Per i primarî L. 9000, per gli assistenti L. 8000, oltre c.-v. e compartecipaz.; età lim. 35 a.; chiedere annunzi.

Conegliano (*Treviso*). — *Ospedale Civile.* — A tutto 30 giugno; chirurgo primario. Le informazioni vanno richieste al Presidente della Congregazione di Carità.

Copparo (*Ferrara*). *Ospedale Mandamentale di S. Giuseppe.* — Aiuto chirurgo; al 25 giu., ore 19; titoli; L. 3500 (*sic*) annue, oltre indenn. complementare di L. 1200 se coniugato, di L. 360 se celibe; vitto e alloggio; 15 % partecipaz. atti operativi; età lim. 35 a.; tassa L. 25,10; doc. a 3 mesi dal 25 giu.

Fossano (*Cuneo*). — 3ª cond.; L. 7000, oltre L. 1500 trasp.; scad. 20 giu.

Fossombrone (*Pesaro-Urbino*). — Al 30 giu.; L. 8000 oltre L. 3000 cav., c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

Gazzo Padovano (*Padova*). — Scad. 15 giu.; L. 9000 per 1000 pov.; addizion. L. 5; p. cav. L. 3000.

Grisignana (*Istria*). — Scad. 15 giu.; L. 9000 e c.-v., oltre L. 4000 cav.

Isili (*Nuoro*). — Scad. 15 giu.; L. 10.000, oltre L. 1000 uff. san., L. 840 c.-v. facoltativo, tracomatosi L. 1400; nessuna tassa di concorso.

Ivrea. *Ospedale Civile.* — Chirurgo primario. Scad. 30 giugno. Tassa L. 50,10. Rivolgersi all'Amministrazione.

Loazzolo (*Alessandria*). — Scad. 17 giu.; lire 9000 complessiv.

Mercato Saraceno (*Forlì*). — Per Ciola. Scad. 17 giu., ore 18; 2º reparto; L. 10.000 e 5 quadrienni ventesimo, oltre L. 3000 cav.; tassa lire 50,10; età lim. 40 a.

Montelongo (*Campobasso*). — Per titoli, condotta per i soli poveri. Stipendio annuo L. 6500, aumentabile del decimo per tre quinquenni. Compenso straord. annuo L. 500. Mantenimento Armadio Farmaceutico Comunale. Per cura abbienti diritto compenso secondo tariffa 25 settembre 1928. Scadenza 31 luglio p. v.

Morgongiori (*Cagliari*). — Scad. 30 giu.; lire 9500 oltre 4 quinquenni dec., L. 500 uff. san., L. 840 c.-v. se coniugato.

Pescina (*Aquila*). *Ospedale Civile « Serafino Rinaldi ».* — Primario medico e aiuto medico-chirurgo; a tutto 20 giu.; età lim. 30-45 a.; al primario L. 6000 (*sic*) e 75 % visite e operazioni (*sic*) a pagam.; all'aiuto L. 2400 (*sic*) annue; tassa L. 50,10; serv. entro 20 gg.

Pinzano al Tagliamento (*Udine*). — Scad. 30 giu.; L. 9000 oltre L. 500 serv. att., L. 3000 trasp., L. 900 uff. san.

Roma. *Opera Pia degli Ospizi Marini per i poveri della Città e Provincia.* — Direttore degli Ospizi Marini in Anzio; età lim. 25-45 a.; L. 18.000 esclusa ogni altra indenn.; alloggio vitto; è inibito l'esercizio profess.; tassa L. 50; serv. entro 15 gg. Chiedere annunzio. Doc. a 3 mesi dal 24 mag. Rivolgersi all'ufficio d'amministrazione, via S. Pantaleo, 67 - Roma. Scad. ore 19 del 25 giu.

Salerno. *R. Prefettura.* — Uff. san. per 2 consorzi; L. 6000 e L. 7000, oltre L. 3000 cav.; scad. 20 giu.

Sassoferrato (*Ancona*). — Scad. 15 giu.; L. 8000 e 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

Teglio Veneto (*Venezia*). — Proroga 20 giu.

Torgiano (*Perugia*). — A tutto 20 giu.; consorzio; L. 7000 e 5 sessenni dec., oltre c.-v. e L. 4000 cav.; serv. entro 15 gg.

Torino. *R. Prefettura.* — Uff. sanit. e capo dell'Ufficio d'Igiene del capoluogo; iniziali L. 30.000 oltre L. 6500 serv. att.; compartecipazione compensi da privati per prestazioni nel loro esclusivo interesse. Scad. 10 lug. Chiedere programmi e informazioni.

Vallerano (*Viterbo*). — Prorogato al 20 giugno. Per titoli. Unica condotta residenziale, stipendio L. 10.500, con 5 aumen. quadriennali, caro-viveri e servizio locale Ospedale retribuito con L. 2500.

Vicenza. *Amministrazione Provinciale.* — Il termine per il concorso al posto di assistente alla Sezione Batteriologica e Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi è prorogato a tutto il 15 luglio p. v.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

Concorsi a premi.

Società Italiana di Medicina Sociale.

La Società Italiana di Medicina Sociale, mercè la liberalità della Direzione della « Rivista di Terapia Moderna e Medicina Pratica », che ha messo a sua disposizione la somma di L. 10.000 (diecimila), bandisce due concorsi fra i Medici Italiani per due monografie che vertano rispettivamente sui temi seguenti: 1) « La medicina preventiva e la selezione professionale dell'operaio in rapporto alle assicurazioni sociali »; 2) « Le ragioni d'indole medica e sociale che stanno per la ruralizzazione contro l'urbanesimo ».

I lavori dattilografati in tre copie, debbono pervenire anonimi alla Presidenza della Società di Medicina Sociale (via Dogana, n. 2 - Milano,) entro le ore 15 del 31 marzo 1930. Norme consuete.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La R. Accademia di Medicina di Roma ha nominato ad unanimità membri ordinarî i proff.: Amedeo Perna, Eugenio Morelli, Luigi Spolverini, Giuseppe Ovio, Guglielmo Bilancioni.

Il prof. Giovanni Mingazzini è nominato membro della Società di Neurologia di Leningrado.

Il prof. J. J. R. Macleod, di fisiologia all'Università di Toronto (Canadà), ha accettato la chiamata alla cattedra omonima dell'Università di Aberdeen (Scozia). Al suo posto è stato nominato il dott. Charles H. Best, che fu collaboratore di Banting nella scoperta dell'insulina; egli conta solo 29 anni.

Il prof. Andrew Hunter, di biochimica alla stessa Università, ha accettato la chiamata fattagli dall'Università di Glascow (Inghilterra), per la cattedra di chimica fisiologica. Egli insegnava a Toronto da 13 anni.

Alla stessa Università è stato nominato il prof. William L. Holman, per la batteriologia.

NOTIZIE DIVERSE.

1° Convegno Nazionale di Medicina Sociale.

La Società Italiana di Medicina Sociale terrà il suo primo Convegno Nazionale in Milano, nei giorni 17, 18, 19 giugno 1929 - A. VII, sotto la presidenza di S. E. Martelli, ministro dell'Economia Nazionale e sotto gli auspici dell'Istituto Fascista di Cultura e del Sindacato Medico Provinciale Fascista.

In questo primo Convegno saranno svolti argomenti di medicina assicurativa. Gli argomenti prescelti verranno trattati sotto forma di relazioni, sulle quali sarà libera la discussione da parte di ogni congressista regolarmente inscritto.

Il programma del Convegno è il seguente: Tema 1°: « L'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni del lavoro dal punto di vista medico-legale »; relatori: prof. Francesco Leoncini, prof. Arnoldo Ciampolini, dott. Silvio Rameri, sost. Proc. Gen. d'Appello; Tema 2°: « L'assistenza medica e sociale agli infortunati »; relatori: prof. Leone Lattes, prof. Antonio Cazzaniga, prof. Ermanno Fioretti, prof. Pietro D'Alessandria; Tema 3°: « La coordinazione delle previdenze assicurative nel campo della medicina sociale »; relatori: prof. Paolo Medolaghi, dott. Giulio Calamani, prof. Cesare Giannini. Il comm. Ignazio Giordani, direttore generale presso il Ministero dell'Economia Nazionale, ha accettato di riassumere l'opera legislativa del Governo Fascista in tema di Assicurazioni Sociali obbligatorie.

Inviare le adesioni al Segretario del Comitato ordinatore, cav. uff. dott. Arnaldo Pisa, Milano, via Dogana 2, accompagnandole con la quota di L. 20. Le persone di famiglia del congressista, pagando una quota di L. 10, potranno usufruire dei vantaggi e partecipare a tutte le manifestazioni del Convegno.

5° Congresso internazionale di fisioterapia.

Si adunerà a Liegi dal 4 all'8 settembre 1930. Il Comitato organizzatore, adunatosi sotto la presidenza dei proff. Gunzburg e De Munter, ha scelto i seguenti temi generali: « La questione del reumatismo e i trattamenti fisio-terapici », « Il trattamento fisioterapico dei tumori dell'encefalo ». La Sezione d'Idrologia, adunatasi sotto la presidenza del dott. Wybauw, ha designato i seguenti altri temi: « Azione delle cure idrominerali sul metabolismo », « La radioattività delle acque minerali », « Il trattamento della nevrastenia con le cure idriche »; un altro tema è riservato ai medici specializzati e aggruppamenti scientifici, che lo proporranno al Comitato. Le ade-

sioni si ricevono fin da ora; rivolgersi al segretario generale, Dr. Dubois-Trépagne, rue Lonvreux 25, Liége (Belgio).

Giornate mediche d'Evian.

La Società Medica d'Evian organizza due giornate mediche, per il 14 e il 15 settembre, immediatamente dopo la chiusura del V. E. M., che quest'anno, come abbiamo annunziato, terminerà nella Savoia.

Sono poste sotto il patronato dei professori di idrologia delle Facoltà mediche francesi, riuniti in Comitato, alla testa del quale si trova il prof. Desgrez. Due temi faranno oggetto del programma di queste giornate: « le azotemie » e « le ipertensioni arteriose »; le relazioni saranno presentate dai proff. Lemierre (Parigi), Roch (Ginevra) e Pic (Lione) e dal dott. Laurry (Parigi). La « Société Cachot » s'incarica di tutta l'organizzazione materiale. Per informazioni e programmi rivolgersi al: Secrétariat des Journées médicales d'Evian, rue de Londres 21, Paris.

Altri Congressi medici.

L'Associazione Medica Britannica terrà il 97° Congresso annuo a Manchester, dal 24 al 26 luglio, sotto la presidenza del dott. Arthur H. Burgess, di Manchester.

La Società Nazionale per la Prevenzione della Tubercolosi in Inghilterra, ha indetto la 15ª conferenza annua a Newcastle-upon-Tyne, dal 10 al 12 ottobre. La sede dell'Associazione è: Gordon Square 1, London W. C. 1.

La Società Tedesca per gli studi sulla circolazione tenne la sua seconda adunanza a Bad Nauheim il 4 e il 5 marzo; v'intervennero circa 150 congressisti. Le relazioni furono fatte dai proff. Gruber di Gottinga e Nonnenbruch di Praga. Il prossimo convegno si adunerà a Dresda, sotto la presidenza del prof. J. Rihl.

La Società Tedesca sulle malattie della digestione e del metabolismo si adunerà a Berlino dal 16 al 18 ottobre sotto la presidenza di von Haberer. Per ulteriori informazioni rivolgersi al prof. von den Velden, Bamberger Strasse 49, Berlin W. 30.

L'Associazione dei medici di lingua francese dell'America del Nord organizza il prossimo Congresso a Montréal dal 15 al 19 settembre, sotto la presidenza del prof. Rhéaume.

Policlinico del Lavoro.

Il 30 maggio fu solennemente inaugurato in Roma il Primo Policlinico Italiano del Lavoro, dovuto all'iniziativa dell'Unione Industriale Fascista del Lazio e degli industriali che essa rappresenta, i quali hanno voluto, primi fra tutti, rispondere all'appello rivolto dalla Confederazione dell'Industria alle dipendenti associazioni delle più importanti città industriali per la istituzione dei Policlinici del Lavoro.

Alla cerimonia intervennero alte autorità e personalità. Parlarono l'ing. Lorenzo Allievi, presidente dell'Unione, l'on. Antonio Stefano Benni, presidente della Confederazione generale Fascista dell'industria italiana, e l'on. Turati, segretario generale del Partito.

Il Policlinico ha sede al Lungotevere in Augusta, nel rinnovato palazzetto Specchi. È diretto dal prof. Vigliano. È diviso in 12 Sezioni, fornite di materiale moderno tecnicamente perfetto ed affidate ciascuna alla direzione di valorosi sanitari. Le Sezioni sono le seguenti: Medicina del Lavoro (prof. Ranelletti); Chirurgia e Ortopedia (prof. Nicoletti); Ostetricia e Ginecologia (prof. Artom di S. Agnese); Oculistica (prof. Ciacci); Oto-rino-laringoiatria (prof. Mancioli); Medicina generale (prof. Cattarozzi); Stomatologia (prof. Piperno e dott. Monaco); Neuropatologia (prof. Pilotti); Pediatria (prof. Luzzatto); Dermosifilopatica (prof. Sabella). Il Policlinico è fornito anche di un completo laboratorio di radiologia, biologia e chimica, affidato al prof. Levi Della Vida, e di uno speciale reparto per l'adattamento funzionale dei traumatizzati con installazioni complete di macchine fisioterapiche diretto dal prof. Bellucci.

Il Policlinico del Lavoro di Roma sarà prossimamente completato da un laboratorio di psicotecnica per l'orientamento professionale e per il rilievo delle attitudini lavorative — donato dall'ing. Guido Vitali, per onorare la memoria dello zio, l'industriale Benvenuto Vitali, da cui il laboratorio prenderà il nome.

Gli operai e le persone di loro famiglia usufruiranno di tutti questi benefici servizi del Policlinico gratuitamente. Dalle Ditte, dai medici di fabbrica, dalle assistenti sociali di fabbrica gli operai verranno avviati al Policlinico, ove saranno smistati nelle diverse Sezioni, collegate con le Opere assistenziali del Regime a cui il Policlinico darà la sua volonterosa e piena collaborazione.

Le colonie climatiche della Cassa Assicurazioni sociali.

Una relazione che la Cassa Nazionale ha ora dato alle stampe riguarda le cure climatiche e termali di cui hanno fruito nell'anno 1928 gli operai e impiegati assicurati. Questa assistenza costituisce una parte soltanto del più vasto programma in atto per la prevenzione e la cura della invalidità, e infatti il direttore generale della Cassa, prof. Medolaghi, nel presentare la relazione, comunica che faranno seguito altre relazioni sulla lotta antitracomatosa e sui convalescenziari della Cassa.

Da questa prima relazione si rileva che hanno funzionato nel 1928 — come già nel 1927 — speciali Colonie di cura nelle stazioni balneo-termali di Salsomaggiore, Battaglia (Padova), Sirmione del Garda e Pellestrina sul Lido di Venezia, stazioni di cura affidate alla direzione del prof. Luigi Poni.

Complessivamente gli ammessi alle suddette colonie di cura durante il 1928, sommarono a 2708 (1316 uomini e 1392 donne) con un aumento di circa 800 su quelli ricoverati nel 1927. Più precisamente, furono 1231 gli ammessi alla colonia di Salsomaggiore, 881 quelli ammessi alla colonia di Battaglia, 235 alla colonia di Sirmione e 361 a quella di Pellestrina.

Al conseguimento di questo sviluppo delle cure termali e climatiche istituite dalla Cassa Nazionale hanno apportato notevole contributo le mutue interne di fabbrica, della regione lombarda specialmente.

Le spese di cura e di soggiorno sono sostenute

in parte dagli assicurati e in parte dalla Cassa Nazionale, la retta di ammissione essendo contenuta entro limiti assai modesti e accessibili alle classi meno abbienti. L'ammissione in tutto gratuita è limitata ai soli assicurati invalidi o gravemente minacciati da invalidità, ai fini del recupero o della conservazione della capacità di lavoro.

Furono spese nel 1928 per la gestione delle colonie climatiche e termali L. 923.166, delle quali L. 138.035 a carico della Cassa Nazionale, la quale sopporta inoltre le spese di primo impianto.

Il Padiglione Zonda dell'Ospedale Maggiore di Milano.

Dal giugno del 1925 il Padiglione Zonda dell'Ospedale Maggiore di Milano è sede della Clinica chirurgica generale della Università. Il padiglione che già di per se stesso era un vero modello di grande sezione chirurgica ospedaliera e che è stato sempre oggetto di ammirazione da parte di quanti, italiani e stranieri, hanno avuto occasione di visitarlo, ha acquistato, si può dire, la vera perfezione che le innovazioni e gli adattamenti che — sempre per la munificenza del gr. uff. Emilio Zonda, continuatore della benefica opera iniziata dal suo compianto fratello gr. uff. Enrico — sono stati eseguiti per adattarlo ad Istituto didattico.

Ideatore del padiglione dapprima e della sua trasformazione in clinica poi è stato il sen. prof. Baldo Rossi che dirige i due Istituti: fin dal 1915 quello ospedaliero e dal 1924 quello clinico. Sotto la sua guida infaticabilmente operosa, si sono formati, in questi Istituti, distintissimi allievi che tengono alto il nome della chirurgia italiana sia a Milano che fuori.

Il materiale operativo trattato in circa 15 anni di funzionamento è enorme ed un « Rendiconto clinico-operativo » pubblicato in questi giorni (S. A. Poligrafica degli Operai) e che fa seguito ad altri precedenti, illustra l'attività dei due Istituti durante un intero sessennio (1922-1927).

Il rendiconto — la cui pubblicazione è dovuta alla munificenza del comm. Angelo Piazza — è redatto dai due assistenti dott. G. Nogara e dott. G. Pozzi che hanno diviso la enorme fatica di illustrare tutto il materiale clinico osservato, studiato e curato nel periodo dei sei anni. La mole del volume sta a dimostrare il lavoro paziente, diligente di questi allievi del prof. Rossi il quale presenta il volume al pubblico medico con una sobria prefazione.

Casa di Convalescenza pei Tramvieri Milanesi.

È stato inaugurato a Limonta presso Lecco il Convalescenziario per i dipendenti dell'Azienda Tramviaria Municipale di Milano, e dedicato con felicissimo pensiero alla memoria di due eroi dell'aviazione, Silvio e Marco Resnati, figli del dott. Luigi Resnati, nobile figura di medico milanese, geniale e disinteressato cultore d'ogni forma di previdenza, fondatore della fiorente Casa di Soccorso per i Tramvieri e Ispettore Sanitario della forte istituzione.

Questa Casa, costruita in ottima posizione, munita di tutti i comforts, può ospitare oltre 60 convalescenti, i quali con opportune assistenze sono restituiti al lavoro ristabiliti, con vantaggio indubitato dell'Azienda stessa.

Società Medica Italiana di Brooklyn.

Un gruppo di oltre 150 medici italiani residenti a Brooklyn (New York) ha costituito, da qualche anno, una « Italian Medical Society », la quale ha spiegato una multiforme ed intensa attività. Tra l'altro, ha organizzato varie riunioni scientifiche, in cui sono state fatte interessanti conferenze, che ora sono state raccolte in un opuscolo insieme alle relazioni dell'attività sociale (Transactions and Annual Reports).

Poichè i nostri connazionali vivono in un ambiente a idioma inglese, fanno uso dell'inglese così da mantenere ed attivare i contatti e i rapporti sociali e professionali; ma il loro attaccamento alla patria d'origine — della quale si dimostrano orgogliosi — risulta dalla loro stessa fratellanza e, più ancora, dai mezzi culturali: basti dire che la biblioteca della Società è abbonata a 81 periodici medici italiani, come forse nessuna Società medica in Italia.

È prossima la costruzione a Brooklyn di un magnifico ospedale italiano, pel quale il progetto è stato allestito dagli architetti Lord e Hewlett, in stile americano moderno.

Il 3 aprile 1928 la Società convocò a Brooklyn la vasta « Association of Italian Physicians in America ».

Sono costituiti varî Comitati (ospedaliero, scientifico, pei trattenimenti, deontologico ed economico, per le ammissioni, per gli atti e la biblioteca). Presidente generale pel 1929 è Marius L. Abbene. La sede sociale è: Bedford Avenue 1313, Brooklyn, N. Y.

Lega Antitubercolare di Pittsburg.

Si propone scopi molteplici: insegnamento, propaganda, assistenza.

È affiliata all'Università, cui offre locali e mezzi per corsi specializzati.

Nello scorso gennaio ha inaugurato un sanatorio di 150 letti, con tutte le odierne risorse diagnostiche e terapeutiche, culturali e didattiche: elioterapia diretta ed artificiale, radiologia, sala operatoria, una ricca biblioteca, un auditorium, ecc.

Gestisce un dispensario con numerosi letti. Fa compiere visite domiciliari dalle proprie infermiere: nel 1928 le visite raggiunsero il numero di 4656. Ha organizzato due scuole all'aperto. Fa tenere conferenze d'igiene nelle scuole ed al pubblico: nel 1928 le conferenze al pubblico raggiunsero il numero di 990.

Si mantiene con soli contributi privati. È diretta dal dott. Howard Marcy.

Per promuovere la curieterapia del cancro.

In seguito agli ottimi risultati avutisi nella cura del cancro dall'impiego di altissime dosi di corpi radioattivi, è venuta pronunziandosi una intensa campagna per l'acquisto di quantità ingenti di tali prodotti.

In Svezia è stata aperta una sottoscrizione, per offrire 6 grammi di radium al Re Oscar, che li ripartirà tra varî ospedali e istituti che s'interessano agli studî e alla terapia del cancro. È già stata raccolta una somma corrispondente a 35 milioni di lire it.

Il Governo inglese ha deciso di anticipare agli ospedali le somme necessarie per l'acquisto di

forti quantità di radium e di autorizzare, allo stesso scopo, l'impiego di una parte dei fondi del Servizio per gli ospizî pubblici. Due ospedali di Londra sono stati autorizzati ad acquistare radium per 18.000 sterline; il Westminster Hospital ha deciso di acquistarne per 26.000 sterline; il London Hospital, che già ne possedeva 121 mg., ne ha ora acquistati altri 210 mg. E così via. Il St. Bartholomiew's Hospital ha ricevuto da un malato riconoscente un dono di 14.000 sterline per l'acquisto di radium.

Il Consiglio Generale della Senna ha accordato, in due tempi, 1.250.000 franchi all'Istituto anticanceroso della Facoltà di medicina di Parigi, per l'acquisto di radium.

Abbiamo già dato notizia d'ingentissimi stanziamenti fatti in Australia per l'acquisto di radium.

Anche negli Stati Uniti, in Argentina, nel Belgio, ecc. si provvede largamente alle dotazioni di radium.

Il prof. Verdi.

Il Governo italiano ha conferito la decorazione di grande ufficiale della Corona d'Italia al dott. William F. Verdi, professore di clinica chirurgica alla Scuola Medica dell'Università Yale in New Haven (Connecticut).

La consegna dell'onorificenza venne fatta l'8 aprile, da un rappresentante del Governo. Alla cerimonia assistevano circa 600 persone. Parlarono il governatore dello Stato, S. E. Trumbull; il presidente dell'Università, James R. Angell; il sindaco di New Haven, Tully; il conte Marchetti, dell'Ambasciata italiana.

Il prof. Verdi si è laureato all'Università Yale. Durante la guerra gli fu conferita una medaglia di benemerenza dal Comando delle Forze di spedizione degli Stati Uniti.

Il disastro di Cleveland.

Abbiamo già dato notizia del terribile incendio che ha distrutto uno dei più reputati ospedali degli Stati Uniti, il quale divideva con l'ospedale dei Mayo, a Rochester, la fama di una perfetta organizzazione e della massima efficienza nel campo chirurgico.

Apprendiamo ora, col più profondo rammarico, che in seguito ad intossicazione è perito anche il chirurgo capo, direttore sanitario dell'ospedale, prof. C. W. Crile.

Il Crile era uno dei chirurghi più valenti del nostro tempo. Egli ha portato dei contributi notevoli in quasi tutti i campi della chirurgia. La sua dottrina dell'anociassociazione ha esercitato un'influenza delle più benefiche nel ridurre tutti i rischi degli interventi operativi. La fama mondiale del Crile era anche legata ai suoi lavori fondamentali sul gozzo e sul morbo di Basedow.

La morte del suo primo assistente, dott. Philips, che il Crile tentò invano di salvare fornendogli il proprio sangue, costituisce un'altra perdita sensibile per la chirurgia. Il Philips si era acquistata grande notorietà come operatore abilissimo.

L'oftalmologo prof. Francesco Paolo Borrello incontrò eroicamente la morte, nel mettere in salvo i malati del suo reparto. (Era nato a Termini Imerese nel 1882; aveva conseguito la libera docenza a Roma).

Secondo gli ultimi accertamenti, comunicati dalla Commissione sanitaria della città di Cleveland, circa duecento vittime costituiscono il triste bilancio di quello spaventevole disastro.

Tra le vittime sono parecchie persone che passavano casualmente per le vie confinanti con l'ospedale.

Sulla « Scuola Salernitana ».

L'on. prof. Pietro Castellino, direttore della prima clinica della R. Università di Napoli, ha tenuto nell'Aula Magna della Scuola di applicazione di sanità militare in Firenze una conferenza sulla « Scuola Salernitana ». La vasta sala era gremita di pubblico e oltre gli ufficiali medici dell'ospedale militare e del presidio e di 600 allievi ufficiali medici e chimici farmacisti, erano presenti tutte le più spiccate personalità della politica, della letteratura e della finanza. Il prof. Castellino al termine della sua dotta esposizione è stato applauditissimo.

XXV anno di laurea.

I laureati in medicina nell'Università di Roma nel 1904, si riuniranno nell'ottobre venturo per festeggiare il 25° anno della laurea.

Si pregano vivamente tutti gli interessati a voler inviare sollecitamente la loro adesione con il preciso indirizzo al collega prof. dott. Filiberto Baffoni-Luciani, via Firenze 38, Roma (105).

Medici italiani in Ungheria.

Un gruppo di professori e studenti della Facoltà medica dell'Università di Milano si è recato a Budapest per visitarvi le Cliniche, gli Ospedali e l'Istituto d'igiene pubblica; dopo hanno proseguito per Debreczen, onde visitarvi gl'istituti ospedalieri.

« The British Journal of Urology ».

Non solo in Inghilterra ma in Irlanda, in Egitto, in India e in tutti i domìni britannici non esisteva un giornale d'urologia. Benchè l'Inghilterra con Thompson-Walker, Morris, Fenwick, Freyer abbia portato all'urologia importanti contributi. La lacuna è stata colmata da due ben noti cultori dell'urologia in Inghilterra, Frank Kidd e Winsbury White, con la fondazione di un Archivio trimestrale, il « British Journal of Urology » del quale gli editori Constable & C. di Londra ci hanno inviato il primo numero.

È un volume di circa 130 pagine e comprende oltre parecchi interessanti articoli originali molti dei quali i lettori del « Policlinico » troveranno fra le recensioni, una bellissima tavola a colori che apre una serie di illustrazioni simili, che insieme formeranno un atlante di anatomia patologica (come fa il « British Journal of Surgery »), 30 pagine di recensioni e un « Index Medicus » completo di tutti i lavori di urologia pubblicati nei primi tre mesi del 1929.

Per la serietà di intenti, per la mole, per la sobria eleganza dell'edizione è certamente un giornale di primo ordine che non potrà mancare di interessare ogni urologo. Non vi è dubbio che il più brillante successo arriderà al giornale fra i medici dei Paesi di lingua inglese, ai quali specialmente è dedicato. E noi pensiamo e gli auguriamo che altrettanto avvenga fra noi, dato che, oltre agli altri pregi, anche il prezzo di abbonamento (una sterlina all'anno) lo pone alla portata di tutti meglio di altri periodici gravati da prezzi proibitivi.

MANFREDO ASCOLI.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Bull. Ac. de Méd., 30 apr. — G. GUILLAIN. Nocività dei cocktails. — A. LUMIÈRE e P. VIGNE. La tbc. a Lione.

Riforma Med., 4 mag. — L. MENCARELLI. Aneurisma congenito del setto membranaceo. — L. CIARROCCHI. Reaz. di Meinicke con antigene colorato nella malaria e nella tbc.

Deut. Med. Woch., 10 mag. — UFFENORDE. Sepsi provenienti dalle amigdale. — PICARD. Terapia sessuale: testicolo od ipofisi?

Arch. Ital. di Dermatol. ecc., feb. — E. CIAMBELLOTTI. Estratti testicolari e loro azione cheratoplastica. — A. MIBELLI. Olio di ratania in dermatologia. — G. SPICCA. Psoriasi da neosalvarsan.

Clin. Chirurgica, apr. — B. ROSSI. Nuovo modello di lettino da trazione. — VALDONI. Narcosi eterea per via rettale.

Ann. Ital. di Chirurgia, apr. — G. PUPINI. Scapsulamento del rene. — S. ROLLO. Trapianto di midollo osseo nelle infezioni gravi generalizzate. — G. REGOLI. Ciste da echinococco della tiroide.

Paris Méd., 4 mag. — Numero sulle malattie della nutriz.

Journ. A. M. A., 27 apr. — H. ZINSSER. Laboratorio e insegn. clinico. — R. H. MAJOR. L'insegnamento della medicina. — C. M. DAVIS. Febbre glandolare di Pfeiffer.

Rev. Belge des Sc. Méd., mar. — P. ESTAS. Rapporti tra metabolismo e cancro da catrame.

Lancet, 11 mag. — F. M. R. WALSHE. Disordini del movim.

Brit. Med. Journ., 11 mag. — F. BUZZARD. Tbc. del sist. nerv.

Endocrinology, gen.-feb. — J. L. McCARTNEY. La demenza precoce quale endocrinopatia. — E. LARSON e al. Influenza dell'estratto del lobo ant. dell'ipofisi sulle gl. sessuali e sullo sviluppo.

Amer. Med., apr. — N. E. AROSTAM. Onicopatie. — M. R. DINKELSPIEL. Astringenti nelle cure del naso e della gola.

Journ. d. Méd. de Bordeaux, 10 mag. — M. RIVIÈRE. Fallimento delle malattie « gravidiche »?

Riv. di Patol. e Cl. d. Tub., 30 apr. — O. CANTONI. Calcio e riserva alcalina nel sangue di tubercolotici. — F. CORVINI. Raggi biotici e abiotici. — C. ANDREONI. Come evitare la pleurite pneumotoracica.

Radiol. Med., mag. — F. TALIA. Diagn. radiol. di gravid. addom. — M. FLORIS e O. BUSINCO. Roentgenterapia ipofisaria nelle alterazioni della funz. mestruale.

Riv. Oto-neuro-Oftalm., gen.-feb. — FRIGERIO. Tumore della regione ipofis. — NEUSCHÜLLER. Encefalocele e cataratta congen.

Minerva Med., 12 mag. — B. ROCCIA. Fratture spontanee del mascellare inf. — L. SUSSIG. Placenta accreta e gravid. in diverticolo uter.

Folia Gynac., 2. — F. MARABOTTO. Angiomi del corion. — G. DE MEO. Posiz. normale dell'utero e degli annessi uter.

Revue Neurol., apr. — J. RUSSENTZKL. Epilessia parziale. — M. BASCOURRET e J. DÉCOURT. Riacutizzazioni evolutive del morbo osseo di Paget.

Le Sang, 3. — N. FIESSINGER e R. CATTAN. Microleucociticoltura. — T. VASILIN. Ulcera linfogranulomatosa gastro-duoden.

Paris Méd., 11 mag. — C. APOSTOLIDÈS e al. L'epidemia di dengue ad Atene. — J. GUIBAL e ROUSSEAUX. L'anca a scatto.

Soc. d. Hôp., 26 apr. — A. TZANK. Il tartrato d'ergotamina nel trattam. delle emicranie.

Journ. d. Prat., 11 mag. — C. ACHARD. Tetania.

Ann. di Laringol., ecc., gen.-feb. — G. SANTI. Tonsille palatine soprannumerarie.

Sperimentale, II-III. — E. SCHWALTZ. Alterazioni dei capillari nell'intossicaz. difterica. — M. VOLTERRA. Cellule endoteliformi e cellule di Ferrata circolanti. — A. VANNOTTI. Nuovo indirizzo nell'osservaz. microscopica dei tessuti. — E. PUCCINELLI. Reversibilità della degeneraz. amiloide.

Journ. de Méd. de Lyon, 5 mag. — J. FROMENT e P. DUBOULOZ. Attitudine eretta, tono e riflessi statici.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVI Roma, 17 Giugno 1929 Num. 24

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

Cefalee e loro cura.

Dott. GIUNIO CATOLA

Lib. docente di Neuropatologia R. Un. di Firenze
Membro C. Società Neurologica di Parigi.

La cefalea non è una entità clinica: non ha che il valore di sintoma. Essa rappresenta uno dei fenomeni più frequenti della Patologia ma, ad onta di ciò, la sua eziologia e la sua patogenesi sono ben lungi dall'essere sempre chiare e sicure. Ordinariamente quando si dice « dolor di capo » intendiamo riferirci ad una sensazione dolorosa risentita nell'interno della cavità cranica: difatti essa è essenzialmente dovuta ad una irritazione dei rami durali del trigemino. Però non è sempre agevole separare la cefalea, intesa in senso così stretto, dalle nevralgie dei rami periferici del V (prosopalgie) e del nervo grande sottoccipitale o nervo di Arnold. Questa distinzione è particolarmente difficile nel primo caso, cioè nel caso del trigemino inquantochè le diramazioni e le terminazioni nervose eso- ed endocraniche appartengono ad uno stesso nervo. È fuori dubbio che le irritazioni dei rami sensitivi che terminano nei vari strati della parete cranica (cuoio capelluto, galea capitis, periostio, tavolato osseo) o nella dura madre, che ha, come dicevamo, la medesima innervazione trigeminale, possono tradursi con fenomeni di dolor di capo quando la detta irritazione avviene nel loro tratto periferico; più soggetti a discussione sono i dolori di origine centrale. A questo riguardo si può soltanto affermare: 1) che anche la irritazione delle radici sensitive, compresi i loro gangli (G. di Gasser, gangli della 1ª e 2ª radice cervicale) ed i tratti radicolari centripeti reagiscono con sensazioni dolorose cefaliche; 2) che fenomeni analoghi possono determinarsi nelle irritazioni patologiche dei neuroni di secondo ordine, bulbotalamici, in rapporto col V; 3) che non è da escludere la produzione del dolore nelle lesioni irritative dei neuroni di terzo ordine o talamocorticali corrispondenti.

Le irritazioni elementari, capaci di provocare reazioni algogene da parte dei nervi della dura madre, possono essere fisiche, chimiche o miste. Tra le prime predominano le lesioni di ordine meccanico e più specialmente l'aumento della pressione intracranica che può agire sia direttamente, comprimendo o stiracchiando le terminazioni nervose della dura madre, sia indirettamente col determinare turbe vasomotorie sui nervi stessi dei vasi durali. Numerosi sono gli agenti chimici capaci di esercitare un'azione irritante, dolorifica, sui nervi della dura. Figurano tra i prin-

cipali: le tossine delle malattie infettive, le entero-tossine, le sostanze tossiche derivanti da malattie del ricambio e dei reni, alcuni veleni organici od inorganici (alcool, nicotina, oppio, piombo, nitrito di amile ecc.).

Classificazioni. Il suo carattere eminentemente sintomatico rende difficile, se non impossibile, una classificazione delle varie forme di dolor di testa che non coincida, per la massima parte, con una enumerazione di tutte quelle affezioni nelle quali esso suole riscontrarsi più di frequente. Come criteri per una classificazione capace di rispondere adeguatamente ai fini di necessità pratiche e diagnostiche si adottarono ora i caratteri intrinseci del dolore, ora le sue cause, ora infine la sua patogenesi senza mai raggiungere lo scopo in modo soddisfacente. In mancanza di meglio e nella impossibilità di stabilire una classificazione a base eziologica, preferiamo di adottare, a puro scopo espositivo, la classificazione seguente nella quale le cefalee sono distinte in tre gruppi principali e cioè:

1) Cefalee autonome;
2) Cefalee nelle malattie di singoli organi;
3) Cefalee nelle malattie generali.

Appartengono alla prima categoria: la emicrania; il mal di testa reumatico da nodosità o da callosità.

Appartengono alla seconda categoria: 1) le cefalee in alcune malattie organiche del sistema nervoso centrale (meningiti, meningo-encefaliti, tumori, ascessi, idrocefalia, lue cerebrale, arteriosclerosi cerebrale, alterazioni circolatorie cerebrali da qualsiasi causa ecc.); 2) le cefalee nelle malattie degli organi dei sensi, dei seni delle ossa craniche e dei denti; 3) le cefalee nelle malattie delle vie digerenti; 4) le cefalee nelle malattie dell'apparecchio respiratorio; 5) le cefalee nelle malattie renali.

Appartengono alla terza categoria: 1) le cefalee nelle malattie infettive; 2) le cefalee nelle intossicazioni esogene ed endogene, acute e croniche; 3) le cefalee nelle malattie costituzionali.

EMICRANIA.

Definizione e Sintomatologia. — L'emicrania è una affezione costituzionale caratterizzata da crisi dolorose parossistiche localizzate per lo più ad una metà del cranio ed accompagnate da disturbi sensoriali e vasomotori, da nausee e vomito. È spesso ereditaria ed esordisce di preferenza nella infanzia o nella giovinezza. La eredità oltrechè artritico-nervosa può essere anche diretta; anzi secondo alcuni è una eredità diretta dominante nel senso Mendeliano.

Gli accessi di emicrania sono generalmente preceduti da fenomeni premonitori, a guisa di aura (disturbi sensoriali di vario ordine, alterazioni vasomotorie della faccia, secrezione nasale e lacrimale, astenia ecc.); si succedono in modo più o meno regolarmente periodico; durano 12-24 ore o più; terminano spesso con una crisi di sonno. La cefalea è ordinariamente emi-frontale; più di rado essa ha una localizzazione emi-parietale od emi-occipitale. In certi casi può essere anche doppia, bilaterale.

Le crisi emicraniche si associano nella maggior parte dei casi a malessere generale, nausea, vomito, disturbi sensoriali (scotomi, scintillìo, paracusie ecc.), a fotofobìa, a sintomi riferibili a stati irritativi del simpatico (pallore della metà della faccia, midriasi, ipersecrezione salivare) e, più di rado, a sintomi di paresi simpatica (arrossamento della metà della faccia, sindrome oculo-pupillare di Claude-Bernard-Horner, emiperidrosi ecc.). Nel primo caso vien realizzato il tipo della emicrania *angiospastica o bianca* (Dubois-Reymond), nel secondo caso il tipo della emicrania *angioparalitica o rossa* (Mollendorf).

La emicrania può accompagnarsi a disturbi, più o meno manifesti, di diversi organi — emicrania comitata — e cioè: a parestesie più o meno diffuse, a manifestazioni transitorie di afasia motrice o sensoriale, a fugaci paresi unilaterali, a disturbi psichici (confusione, depressione, ansia, allucinazioni, ipereccitabilità). Secondo Mingazzini esisterebbe una vera e propria disfrenia emicranica.

Emicrania oftalmica (Galezowski, 1878). — È una forma di emicrania con scotomi scintillanti bilaterali o fosfeni di colore variabile, accompagnati ordinariamente da emiopia mono- o binoculare. Durante gli accessi, che si prolungano da pochi minuti ad un'ora, la pupilla è spesso ristretta, la circolazione retinica modificata nel senso dall'angiospasmo o della vasoparalisi, la tensione oculare aumentata.

Emicrania oftalmoplegica (Moebius). — È una sindrome a tipo emicranico che termina con una oftalmoplegia più o meno estesa che può durare da qualche ora a qualche settimana. Essa è generalmente sintomatica di affezioni organiche meningee o cerebrali (ispessimenti meningei basilari, granulazioni tubercolari, neurofibromi del III paio, anevrismi del tronco basilare, pachimeningite basilare ecc.).

Eziologia e patogenesi. — Le teorie patogenetiche della emicrania sono numerosissime. Accenneremo alle principali.

Teorie cerebrali. — L'emicrania è una nevralgia cerebrale (Romberg); dipende da uno stato di peculiare irritabilità della corteccia (Schultze); da una irritazione, per cause diverse, di un presunto centro migranogeno (L. Lévi); da una ipertrofia transitoria dell'ipofisi (Fisher e Hodges); da un aumento episodico della pressione intracerebrale per chiusura brusca e passeggera del foro di Monro congenitalmente ristretto (Spitzer); da una sproporzione congenita tra la capacità cranica ed il volume del cervello per fatti iperemici transitori (Auerbach).

Teoria trigeminale. — L'emicrania è una nevralgia dei filetti intracranici del V (Eulemburg, Brissaud, Grasset ecc.); una radiculalgia trigeminale (Babonneix, David).

Teorie vasomotorie. — L'emicrania è una nevrosi vasomotoria angiospastica o simpaticotonica (Dubois - Reymond) o angioparalitica (Mollendorf).

Teorie tossiche. — L'emicrania dipende da stati di auto-intossicazione (diatesi artritica, gottosa) dei centri nervosi o da alterazioni endocriniche a carico sopratutto dell'ovaia, dell'ipofisi e della tiroide, da colesterinemia.

Di tutte queste teorie patogenetiche la più accettabile è la teoria vasomotoria o simpaticotonica al cui appoggio stanno i seguenti argomenti probativi: pallore della metà della faccia colpita, contrazione della arteria temporale, eventuale coesistenza di spasmi in altri distretti vasali, manifestazioni fugaci di paresi, di afasie, di disturbi visivi, possibile provocazione di crisi colla applicazione di ghiaccio sulla fronte, favorevole influenza dei farmaci vasodilatatori e della simpatectomia perivasale. Il dolore sarebbe dovuto alla irritazione degli elementi nervosi periarteriosi. L'angiospasmo nel territorio vascolare del trigemino oftalmico e durale darebbe ragione della emicrania semplice; l'angiospasmo della regione cortico-calcarina della emicrania oftalmica, l'angiospasmo della regione Rolandica della emicrania comitata (Sicard, Claude, Meige). I fenomeni angiospastici possono essere preceduti od alternarsi in certi casi con fenomeni angioparalitici. In conclusione la crisi di emicrania può essere concepita come un fenomeno di squilibrio del sistema neurovegetativo, dipendente da un angiospasmo determinato da una eccitazione del simpatico. Le cause eccitanti possono essere numerose e cioè: l'anafilassi, la disendocrinia (ovarica, tiroidea), la ingestione di albumine animali o di alimenti speciali, stimoli di ordine riflesso (lesioni organiche del tubo digerente, uteroannessiali, nasali, oculari, ecc.).

La origine colloido-clasica di parecchi casi di emicrania è dimostrata da un lato dalla constatazione dei fenomeni biologici dello shok vascolo-sanguigno descritti dal Widal nel periodo precedente le crisi, e, dall'altro, dall'azione terapeuticamente efficace di sostanze anti-choc. Vallery Radot pone nella categoria della emicrania colloido-clasica l'emicrania anafilattica, l'emicrania da insufficienza proteopeptica del fegato, la emicrania mestruale. Secondo questa teoria la intermittenza delle crisi si spiegherebbe col fatto che l'accesso emicranico non può prodursi che dopo una fase di preparazione durante la quale per un processo ancora sconosciuto l'organismo diviene a poco a poco atto a subire l'azione della causa scatenante. Alcuni AA. hanno pensato all'episodico accumulo nel sangue di certe determinate sostanze come l'urea, l'acido urico, l'azoto residuo, la colesterina. Weissmann ammette uno stretto rapporto tra le crisi di emicrania e l'alcalosi sanguigna. Comunque sia si tratterebbe sempre di modificazioni fisicochimiche intermittenti ancora non bene precisate.

Emicrania ed epilessia. — Prevale la opinione che tra queste due forme non vi sia la stretta parentela ammessa da alcuni autori. Difatti non si può dire che l'analogia tra le alterazioni umorali osservate nella crisi vascolo-sanguigna in ambedue i casi comprovi la loro identità di natura; altrimenti si potrebbe affermare altrettanto per l'asma, l'orticaria ecc. ecc. che non rappresentano affatto sindromi equivalenti di epilessia. In altri termini la epilessia e l'emicrania sono due forme distinte che pure avendo in certi casi reazioni umorali analoghe sono nondimeno da considerare di natura differente.

Cause occasionali. — Tra le cause più frequenti dell'insorgenza delle crisi sono da annoverare i cambiamenti di temperatura per azione vaso-costrittiva del freddo, i cambiamenti di pressione barometrica e di condizioni metereologiche, il surmenage, gli eccessi dietetici, l'aria viziata in ambienti chiusi ecc.

Prognosi. — La emicrania è una affezione che spesso, iniziata nell'infanzia, può prolungarsi, con accessi più o meno frequenti per lunghissimi anni. La pubertà e sopratutto la menopausa hanno in molti casi una influenza favorevole e non è raro il caso della sospensione delle crisi dolorose al climaterio nella donna ed al principio dell'età involutiva corrispondente nell'uomo.

Terapia.

Poco o niente vi è da fare contro la disposizione costituzionale; tuttavia questa può essere utilmente modificata da congrue prescrizioni igieniche e dietetiche. Il regime di scelta dovrebbe essere un regime ovo-latteo-vegetariano; in ogni modo è necessario eliminare dalla dieta i cibi piccanti confezionati con droghe stimolanti o ricchi di purine. Lo stesso dicasi di quelle sostanze (albumine animali, cioccolata ecc.) capaci di provocare, in determinati soggetti, reazioni anafilattiche. Sono da proscrivere l'alcool, il tabacco e qualunque altra sostanza tossica. Alle prescrizioni igieniche generali più importanti appartengono quelle che si riferiscono alla scelta della professione: difatti si dovranno consigliare professioni non sedentarie, con soggiorno all'aria aperta e che non implichino esposizione ad intossicazioni, ad emozioni eccessive, a strapazzi fisici troppo gravi. Una vita tranquilla, lontana dai grandi centri è quella che più si addice ai predisposti alla emicrania. Giova il soggiorno al mare ed in montagna. Si combatteranno, ove esistano, la stitichezza, i disturbi gastro-enterici, l'el-

mintiasi, le discrasie e tutte le altre cause predisponenti ed occasionali più sopra elencate.

Alcuni autori (Herzfeld e Moebius) vantano la utilità della idro-terapia che altri sconsiglia. I più usati sono i bagni caldi o tiepidi, impacchi tiepidi di breve durata, frizioni con aceto aromatico. Flatau nelle forme ostinate e complicate da vertigine consiglia l'uso di compresse umide alla testa continuate per varie settimane più volte all'anno. Pone sul cuoio capelluto una compressa bagnata con acqua fredda, ricoperta da tela cerata e da un berretto di lana lasciandola in situ tutta quanta la notte: al mattino frizione con spirito di menta al 2-4 % (mentolo 1-2 gr., spirito aromatico 50 gr.).

La elettro-terapia, come l'idro-terapia, dà scarsi resultati. Furono consigliate specialmente la Franklinizzazione, la galvanofaradizzazione della testa, la corrente trasversale del capo con elettricità costante secondo il metodo di Holst, la galvanizzazione del simpatico ecc., ma con risultati di dubbia efficacia.

Cure medicamentose. — Queste debbono essere dirette sia contro la predisposizione fondamentale, sia contro i singoli accessi. In quei casi nei quali è supponibile l'origine colloidoclasica della affezione si potranno ottenere ottimi risultati con cure anti-choc anafilattico ricorrendo alla iniezione di albumine eterogenee come ad esempio di una soluzione al 5 % di peptone. Infatti una serie di iniezioni ipodermiche quotidiane od ogni due giorni di questa soluzione, permette spesso di prevenire gli accessi di emicrania come quelli di asma (P. Vallery-Radot). Miller e Raulston raccomandano le iniezioni endovenose di questa medesima sostanza dimostrando di avere ottenuto miglioramenti notevoli nella maggior parte dei casi da loro curati con questo sistema, ma è bene avvertire che possono aversi incidenti più o meno gravi.

Invece che al peptone si può ricorrere alle iniezioni di latte sterilizzato secondo la prescrizione di Sicard: 3-5 cmc. di latte due volte alla settimana con un totale di dieci iniezioni da ripetere tre volte all'anno. Auto-emoterapia ed auto-sieroterapia: Bouché e Hustin, a scopo deanafilatizzante iniettarono ogni otto giorni 1 cmc. di siero di cavallo o 2/10 di mg. di crotalina con buon risultato.

Invece delle albumine eterogenee furono utilizzati anche i cristalloidi come per esempio il carbonato di soda per iniezioni endovenose (Sicard, Paraf, Forestier) ed il cloruro di calcio (P. Vallery-Radot).

Il peptone si prescrive anche per via orale alla dose di 0.50 gr. da somministrare un'ora avanti i pasti principali.

Charcot consigliò la somministrazione prolungata di bromuri alla dose di 2-3 gr. al giorno nei casi di media intensità e di 6 gr. nei casi più gravi. La cura deve essere continuata per dei mesi senza interruzione e ripetuta a varie riprese. Fu anche vantata da alcuni la dieta ipoclorurata e vegetariana con comitante somministrazione di bromuri analogamente a quanto si pratica nella epilessia (metodo Richet-Toulouse).

Mendel prescrive il bromuro di sodio associato alla aconitina nel seguente modo:

Bromuro di sodio	gr.	2,50
Salicilato di sodio	»	0,25
Aconitina	»	0,0001

S. una cartina e una tazza di thè dopo la colazione a periodi di venti giorni con intervalli di dieci giorni.

Gowers consiglia il bromuro (1,0-1,5 gr.) associato al fenazone (0,25) o alla canapa indiana. Due volte al giorno.

Sarbò prescrive una miscela di ioduro e bromuro di potassio e cioè: 6 ana gr. di queste due sostanze in 188 gr. di veicolo: un cucchiaio al giorno per settimane e mesi.

Flatau associa il bromuro con l'arsenico o con sedativi quali la valeriana, la belladonna, l'iosciamina.

Oppenheim prescrive cure arsenicali associate eventualmente al ferro.

Secondo A. Tzanck, il tartarato di ergotamina, somministrato alla dose di 2 milligr. può troncare una crisi di emicrania già iniziata, alla condizione di intervenire ai primi segni della crisi stessa. Il detto A. prescrive l'ingestione giornaliera di 2 milligr. di ergotamina, dose che raddoppia allorchè la crisi sembra imminente. Il più spesso, in capo a qualche tempo, riduce la dose giornaliera ad 1 milligr. Considerando l'effetto inibitore sul simpatico, gli effetti favorevoli si sarebbero attesi nei malati con manifestazioni simpaticotoniche mentrechè i resultati più notevoli furono ottenuti in malati considerati come vagotonici. Data la tossicità del farmaco, il suo uso deve essere diretto e controllato dal medico.

Le sostanze medicamentose debbono essere somministrate possibilmente prima che gli accessi siano scoppiati affinchè esse esplichino al massimo la loro efficacia terapeutica. In certi casi dosi piuttosto forti di bromuri, di preparati salicilici, di narcotici possono, se somministrati a tempo, fare abortire un accesso che sta per incominciare. Allo stesso scopo fu consigliata da Flatau una combinazione di salicilato di sodio e caffeina con guarana ed antipirina; da Mendel la nitroglicerina secondo la seguente ricetta: nitroglicerina, gr. 0,1; spirito di vino ed acido fosforico, ana gr. 10: 2 gocce due volte al giorno. Gowers, nelle forme angiospastiche prescrive pure la nitroglicerina alla dose di 0,00025-0,0005 tre volte al giorno in forma di troscisci o meglio in soluzione alcoolica all'1 % con aggiunta di acido cloridrico o di tintura di noce vomica. La prescrive anche in soluzione alcoolica (0,10 gr. di nitroglicerina in 10 gr. di alcool: 2-4

gocce 3-4 volte al giorno). Secondo alcuni la nitroglicerina non deve essere somministrata durante l'accesso, ma durante i periodi intervallari. Invece della nitroglicerina si può adoperare il nitrato di sodio alla dose di un cucchiaino da thè due volte al giorno di una soluzione di 2 gr. in 150 gr. di acqua ed il nitrito di amile per inalazione. Invece nelle forme emicraniche, accompagnate da fenomeni vasoparalitici, si prescrissero la segale cornuta, la ergotina e la ergotinina.

In qualche caso le crisi dolorose possono mitigarsi con fasciature strette al capo, frizioni sulla fronte con mentolo in soluzione alcoolica (3:20) o in lapis, con istillazioni di cocaina nel naso e nel sacco congiuntivale, fiuto di odori forti ecc.

Opoterapia. — Nei casi nei quali la emicrania può essere messa in relazione con uno stato ipotiroideo, più o meno manifesto, si può applicare con esito soddisfacente la terapia tiroidea. Secondo Leopold Levi la tiroidoterapia avrebbe nella emicrania, come negli altri accidenti flussionari del neuro-artritismo, un'azione regolatrice, antianafilattica ed anticlasica. Si applicherà la opoterapia ovarica nei casi nei quali si può supporre la esistenza di un ipo-ovarismo: la terapia mista tiro-ovarica allorchè si può supporre la coesistenza delle due insufficienze ghiandolari.

Cure chirurgiche. — Quincke, partendo dalla teoria che fa dipendere gli accessi emicranici dall'aumento acuto del liquido intraventricolare praticò la puntura lombare che avrebbe conseguito ottimi effetti: lo stesso resultato fu ottenuto da Flatau e da Mingazzini. Auerbach non esitò a ricorrere anche alla puntura ventricolare che avrebbe determinato nel malato completa e stabile guarigione! Il Sicard, partendo dal concetto che il simpatico perivascolare temporale sia in gran parte responsabile dell'algìa emicranica, preconizzò l'uso di iniezioni di adrenalina a piccole dosi (1/4 di milligr.) in prossimità dell'arteria temporale oppure anche iniezioni di alcool diluito nella medesima regione, ottenendo in tal modo la paralisi dei filetti simpatici periarteriosi e, con ciò, un utile resultato terapeutico.

CEFALEA REUMATICA DA NODOSITÀ O CALLOSITÀ.

È una forma di cefalea frequente in alcuni paesi nordici ma rara e poco nota tra noi.

Sintomatologia. — Dolore più o meno continuo, diffuso spesso a tutta la testa, che comincia quasi sempre alla nuca ed alla regione occipitale con frequenti irradiazioni al dorso ed alle spalle, che non cessa la notte e che si accompagna non di rado a nausea e vomito.

La palpazione rivela l'esistenza di piccole nodosità, di volume variabile da un grano di panico ad un pisello e più, localizzato nel tessuto cellulare sottocutaneo occipitale e cervicale, nella parte superiore del dorso e nelle regioni laterali del collo, nella aponevrosi epicranica e su tutta la estensione della linea semi-circolare dell'occipitale come pure in corrispondenza delle mastoidi all'attacco dei muscoli del collo. Questi ispessimenti sono duri, elastici, danno l'impressione di callosità, son dolorosi alla pressione.

Eziologia. — Tra le cause più importanti considerate dagli autori si citano la esposizione alla umidità, le profuse traspirazioni dopo prolungati esercizi muscolari, i raffreddamenti, il lavaggio della capigliatura ecc. ecc.

Patogenesi. — Alcuni autori ammettono che questa speciale affezione dipenda da una infiammazione cronica del tessuto cellulare sottocutaneo (cellulite) e dei muscoli (miosite fibrosa). Il dolore sarebbe prodotto dalla compressione delle terminazioni nervose strettamente serrate nel tessuto connettivo proliferato o anche dalla propagazione per contiguità del processo flogistico alle terminazioni nervose stesse od al loro neurilemma. Secondo altri autori questa cefalea sarebbe di origine muscolare; il sintomo fondamentale della malattia dovrebbe ricercarsi in una morbosa esagerazione della tensione muscolare (ipertono). I rigonfiamenti e gli indurimenti sarebbero prodotti da stasi venosa endomuscolare secondaria, stasi che al lungo andare potrebbe dar luogo a proliferazioni connettivali con produzioni di noduli.

Terapia.

Generalmente gli ordinari antinevralgici non producono che miglioramenti lievi ed effimeri. Tutti gli autori sono concordi nel riconoscere che la terapia veramente efficace consiste quasi esclusivamente nel massaggio manuale.

Auerbach consiglia di far precedere ciascuna seduta di massaggio dalla applicazione per un'ora o due di cataplasmi di farina di seme di lino o di un termoforo per favorire l'assorbimento dei noduli. Quando questi sono piuttosto voluminosi e duri si serve di una pomata all'ittiolo (solfo-ittiolato di ammonio 1:5) benchè in generale egli pratichi il massaggio con le mani senza alcuna sostanza medicamentosa.

Nella terapia di questa affezione è necessario anche tenere nel debito conto la predisposizione costituzionale od acquisita ai processi reumatici e, nel caso, occorre combatterla in maniera efficace. Bisogna sconsigliare i malati predisposti di esporsi all'umidità, all'affaticamento ed alle sudate. Nel periodo più acuto è regola stare in riposo, astenersi dalle bevande alcooliche e tener l'intestino in funzione regolare.

Dopo la cura, per consolidare la guarigione, si consigliarono i bagni di mare, le emanazioni di radio, la diatermia.

*
* *

Nel descrivere le cefalee appartenenti, secondo la classificazione che abbiamo adottato, alla 2ª e 3ª categoria, ci atterremo alla massima concisione soffermandoci brevemente alle più salienti caratteristiche di ognuna di esse e a quelle particolarità di cause e di meccanismi patogenetici che possono utilmente guidare le applicazioni terapeutiche.

Cefalee nella ipertensione endocranica. — La ipertensione endocranica è una condizione che si realizza sopratutto nelle meningiti essudative, nei tumori e negli ascessi cerebrali e nella idrocefalia. È in relazione sia con l'aumento patologico del liquido cefalo-rachidiano negli spazî sub-aracnoidei e nei ventricoli (idrocefalo esterno ed interno) sia con la presenza di masse neoplastiche e di raccolte purulente sia, come accade specie nelle meningiti e nelle meningo-encefaliti, con la irritazione flogistica dei nervi durali.

Cefalea nella sifilide cerebrale. — La cefalea è uno dei sintomi più precoci e più frequenti delle forme sifilitiche meningee (meningite gommosa basilare, meningite della convessità) e delle arteriti. Essa dipende sia da lesioni specifiche della dura madre, sia dalla irritazione flogistica, sia dall'aumento della pressione endocranica e da alterazioni circolatorie.

Cefalea nella arteriosclerosi cerebrale. — Il meccanismo di questa forma di cefalea dipende generalmente dall'insieme di più fattori e cioè della eventuale alterazione ateromasica dei nervi vasomotori dei vasi cerebrali; della ischemia di alcuni distretti vascolari; dell'aumento della pressione sanguigna spesso concomitante; delle eventuali lesioni renali con tutte le loro conseguenze.

Cefalea nei disturbi circolatori cerebrali. — La diagnosi di iperemia cerebrale è in generale poco sicura. Uno dei criteri migliori per sospettarne la esistenza è spesso costituito dalla esacerbazione del dolore di capo per tutte quelle cause che determinano un aumento brusco del contenuto sanguigno endocranico (tosse, defecazione, chinarsi ecc. ecc.).

L'iperemia può essere attiva e passiva. Nella prima si hanno spesso, concomitantemente, anche manifestazioni iperemiche ai tegumenti esterni della testa. Può manifestarsi in seguito ad intossicazioni (alcool, cloroformio, nitrito di amile ecc.), per emozioni, per sforzi fisici ecc. In alcuni casi, come ad esempio, nel climaterio, la iperemia attiva può assumere un andamento cronico.

La iperemia passiva si osserva sopratutto nelle affezioni cardio-polmonari ed in tutte quelle altre affezioni che con un meccanismo qualsiasi possono determinare una stasi venosa cerebro-meningea (tumori del mediastino, del collo, trombosi venose ecc.).

Anemia cerebrale. — Può verificarsi in emorragie gravi, in alcune malattie di cuore (stenosi aortica), nelle discrasie generali: è forse in rapporto ad un certo grado di anemia cerebrale che, almeno in parte, si ricollega con la cefalea della arteriosclerosi cerebrale.

Cefalea nelle malattie degli organi dei sensi. Occhi. — Le affezioni oculari che di frequente si accompagnano a dolor di capo sono: il glaucoma, tutte le affezioni flogistiche più comuni (cheratite, irido-ciclite, irite ecc.) ed inoltre alcuni vizi di refrazione se non debitamente corretti come la miopia, la ipermetropia, l'astigmatismo, anisometropia ecc. Si può aver anche una più o meno lieve cefalea frontale per eccessiva applicazione della vista specie se esercitata a luce inadatta od insufficiente. In tal caso i muscoli della accomodazione (muscolo ciliare, muscolo di Brucke) ed i muscoli retti interni si affaticano eccessivamente e divengono sede di crampi e di algie che si irradiano verso il campo della innervazione durale.

Cefalea nelle affezioni auricolari. — In queste il dolor di capo è generalmente localizzato alla regione temporo-parietale e mastoidea. Si riscontra principalmente nella otite media acuta, nelle mastoiditi e sopratutto nelle complicazioni endocraniche (ascesso extradurale, leptomeningite purulenta, ascesso cerebrale, meningite sierosa ecc.).

Cefalea nelle malattie del naso, dei seni e dei denti. — Dati gli intimi rapporti tra il naso ed alcuni rami del V (1°-2° ramo) si comprende la frequenza della cefalea nelle malattie nasali. Le cefalee di questa origine sono per lo più localizzate alla radice del naso ed alla parte media della fronte. Da un punto di vista generale si può dire che i dolori localizzati all'angolo supero-interno dell'occhio ed al sopracciglio indicano una affezione della parte anteriore delle fosse nasali o dei seni frontali o delle cellule etmoidali; i dolori nella profondità della testa fanno pensare ad affezioni della parte posteriore delle fosse nasali e del seno sfenoidale; infine i dolori delle guancie e dei denti, propagantisi al naso, possono talora indicare una affezione del seno mascellare o del pavimento della cavità nasale.

La cefalea nasale o sinusale, specie se dovuta a lesioni del seno sfenoidale, può essere una cefalea diffusa a tutta la testa. La stessa diffusione possiamo riscontrare nella cefalea da riniti acute con occlusione più o meno completa delle osse nasali. Essa dipende dalla iperemia passiva che per ragioni anatomiche si propaga all'interno del cranio (le vene etmoidali si anastomizzano con le vene cerebrali e durali e col seno longitudinale): inoltre i vasi linfatici del naso comunicano attraverso la lamina cribrosa col gran sacco linfatico subaracnoideo e subdurale (Key e Retzius). Di conseguenza stasi venosa e stasi linfatica-endocranica.

Le ostruzioni nasali si possono produrre anche, oltre che nelle infiammazioni acute e croniche della muccosa nasale, nella rinite cronica ipertrofica, nelle sinusiti croniche, nella iperplasia della amigdala faringea, nell'ozena, nei tumori, nei polipi. Alcuni ammettono un rapporto tra cefalea ed angina follicolare cronica e consigliano in tali casi la estirpazione delle tonsille.

Cefalea faringea. — È clinicamente provato che alcune cefalee posteriori nel territorio di innervazione del grande nervo sotto-occipitale stanno in rapporto con processi flogistici acuti e cronici della muccosa faringea (Legal, Vergely, Tauzin). Nei casi più gravi il dolore può divenire gravativo, terebrante, tendente ad irradiarsi alle apofisi mastoidee, al trago, al temporale, specie quando è compromessa la tromba di Eustachio.

È difficile stabilire con sicurezza il meccanismo fisio-patologico di questa cefalea poichè mentre la regione posteriore della testa e la nuca sono innervate dalle branche posteriori dei nervi cervicali (I-II p. sopratutto) la faringe è invece innervata dal V, dal IX e dal X p. e nessuno ha ancora dimostrato in modo sicuro l'esistenza di anastomosi tra le prime e le seconde.

Cefalea nelle malattie delle vie digerenti. — Il dolor di testa è frequente nel catarro acuto e cronico dello stomaco, nelle dispepsie nervose, nella gastroptosi, nella ipercloridria e nella gastroxinsi di Rossbach: talora si associa a stati vertiginosi (vertigine a stomacho laeso).

La stitichezza è anche essa causa frequente del dolor di capo.

La patogenesi di questo sintomo nelle affezioni gastro-intestinali è strettamente legata alla irritazione dei nervi durali dovuta alle sostanze tossiche circolanti nel sangue. Nel caso di stipsi molto pronunciata non si può escludere la influenza di una iperemia passiva meningo-cerebrale.

Cefalea nelle affezioni dell'apparecchio respiratorio e cardiaco. — Tutte le malattie cardiopolmonari che producono una iperemia passiva del cervello possono accompagnarsi a dolor di capo (enfisema polmonare, bronchiti diffuse, vizi cardiaci non compensati, miocarditi ecc.): vi si aggiungano tutte quelle affezioni che determinano fenomeni di compressione sui grossi vasi intratoracici e nel collo (tumori, aneurismi, adeniti, mediastiniti ecc.).

Cefalee nelle malattie renali. — La cefalea è frequente nelle nefriti e specialmente nelle forme croniche. Essa è dovuta a sostanze tossiche non eliminate attraverso il filtro renale; spesso però entrano in gioco altri elementi causali, tra cui l'iperemia da stasi di natura cardio-renale, l'anemia arteriosa, l'aumento della pressione delle arterie.

Cefalea nelle infezioni. — In quasi tutte le infezioni acute e croniche, ma specialmente in alcune di esse (influenza, tifo, setticemia, eresipela) si riscontra una cefalea più o meno intensa. Essa dipende principalmente dall'azione irritativa delle tossine sui nervi durali, dalla vasodilatazione meningo-cerebrale di natura tossica e forse anche termica.

Tra le infezioni croniche occupa il primo posto la infezione luetica nella quale la cefalea è spesso molto violenta e con esacerbazioni notturne. Si manifesta quasi di regola nel periodo delle manifestazioni secondarie come pure nelle osteoperiostiti craniche, nelle forme meningee gommose e nelle arteriti del periodo terziario.

Cefalee nelle intossicazioni acute e croniche. — La cefalea può costituire un sintoma importante in un gran numero di etero- ed autointossicazioni acute e croniche.

Etero-intossicazioni acute: ossido di carbonio, acido carbonico, alcool, oppio, cloroformio ecc.

Intossicazioni croniche: saturnismo, nicotinismo, alcoolismo cronico, mercurialismo, arsenicismo ecc.

Le cefalee da autointossicazione si confondono con le cefalee delle malattie costituzionali fondamentali (diatesi artritica, gotta, diabete, acetonemia, colemia, disendocrinie tiroidee, ovariche ecc.).

Nelle anemie e nella clorosi esse possono dipendere da cause complesse tra le quali figurano certamente stati anemici cerebrali e fattori discrasici.

Cefalea negli stati di surmenage. — Nel surmenage, sia fisico che mentale, il dolor di capo è relativamente frequente. Nel primo caso essa è dovuta essenzialmente a cause tossiche di origine catabolica; nel secondo caso vi si possono aggiungere altre cause e cioè fatti congestizi meningo-cerebrali, stanchezza visiva, complicanze neurasteniformi.

Cefalea ed accrescimento. — In un primo gruppo si possono comprendere le cefalee che si manifestano in bambini od in adolescenti ad accrescimento eccessivamente rapido così da dover pensare ad una insufficienza della reintegrazione anabolica. Questi soggetti presentano spesso dolori vaghi, erratici, con tendenza a qualche localizzazione alle epifisi; peggiorano della loro cefalea per tutte quelle cause che aumentano i processi catabolici. In un secondo gruppo possiamo porre le cefalee che si producono in bambini ad alimentazione difettosa per qualità e quantità ed in una ultima categoria, forse la più numerosa, gli eredo-distrofici (eredo-luetici, eredo-sifilitici, eredo-alcoolici ecc.). In essi la tara ereditaria può deviare i normali processi di nutrizione producendo e mantenendo tutta una serie di manifestazioni anormali tra cui il dolor di capo: questo vi rappresenta spesso la espressione di una diatesi neuro-artritica. Un altro importante elemento che può intervenire nella patogenesi della cefalea da accrescimento, è la

pubertà concomitantemente alle modificazioni ormoniche più o meno tumultuarie di questo importante periodo della vita.

Alle varie forme di cefalea sin qui enumerate si debbono aggiungere quelle che si possono osservare nelle nevrosi (isteria, nevrastenia, istero-traumatismo) e nei traumi della testa.

La patogenesi della cefalea nelle nevrosi e specialmente nell'isteria e nella nevrastenia è piuttosto oscura. È verosimile che entrino in gioco alterazioni circolatorie, imputabili ad una esagerata irritabilità vaso-motoria e forse anche, specie in certi casi, alla influenza di fattori organici concomitanti tra i quali figurano spesso il deperimento organico, l'anemia, la stitichezza ecc.

Per quanto si riferisce al dolor di capo da traumatismo cranico ne è ovvia la spiegazione allorchè si tratta di lesioni dirette dei nervi sensitivi esterni o delle meningi, ma è di più difficile interpretazione allorchè esso si manifesta senza alcuna ferita esteriore e senza sintomi di lesioni organiche meningo-craniche.

Molto verosimilmente in un certo numero di tali casi esso va riferito a disturbi nel campo della innervazione simpatico-vasale.

Terapìa.

La cefalea dei tumori cerebrali, dell'idrocefalo, delle meningiti ecc. può essere notevolmente mitigata da quegli interventi che sono atti a provocare una diminuzione di pressione di liquido cefalo-rachidiano nell'interno della cavità cranica, interventi che sono rappresentati dalla puntura lombare e dalla craniectomia decompressiva. Questa si pratica sopratutto nella meningite sierosa (idrocefalo interno acquisito) e nei tumori inoperabili. La puntura lombare va praticata sempre con la massima cautela, specie nei tumori della fossa posteriore, poichè una decompressione troppo rapida o la estrazione di una quantità esagerata di liquor possono dar luogo a degli accidenti gravi e persino mortali.

Naturalmente per i tumori e per l'ascesso cerebrale si dovrà ricorrere, ove ciò sia possibile, a quegli interventi chirurgici che la terapia generale di queste affezioni può consigliare.

La cefalea luetica richiede una cura specifica, mercuriale, arseno-benzolica, bismutica o mista, assai energica perchè, specie nel periodo terziario, è spesso foriera di gravi affezioni organiche dei centri nervosi.

Nelle cefalee di natura traumatica, quando si possa escludere che esse rappresentino un fenomeno nevrosico, è consigliabile praticare una radiografia cranica che può far rilevare la eventuale presenza di lesioni anatomiche più o meno grossolane suscettibili anche di particolari mezzi terapeutici (presenza di schegge ossee, emorragie sottomeningee ecc.).

Nella cefalea arteriosclerotica è necessario, prima di tutto, disciplinare la maniera di vivere consigliando le seguenti regole generali: limitazione o sospensione di ogni attività professionale; abolizione del tabacco, del vino e di tutte le sostanze spiritose; eliminazione di tutte le cause capaci di produrre un aumento della pressione sanguigna ed un iperemia meningo-cerebrale, degli sforzi fisici, delle emozioni ecc. Si dovrà inoltre limitare l'uso della carne e dei cibi piccanti raccomandando un regime prevalentemente latteo-vegetariano. L'alvo deve esser tenuto sempre ben regolato e nei pletorici conviene consigliare ogni tanto l'uso di acque lassative.

Tra i medicamenti è opportuno ricorrere sopratutto ai preparati iodici prescrivendoli a piccole dosi e per lunghi periodi di tempo. In caso di manifesti segni di ipertensione si somministreranno sostanze ad azione ipotensiva (diuretina, teobromina ecc.). Bisogna raccomandare il soggiorno in montagna od al mare. È regola ricorrere il meno possibile all'uso degli ordinari antinevralgici, ma allorchè non è possibile farne a meno, si può adoperare l'antipirina, la fenacetina, il piramidone alla dose di 0,50-1 gr. al giorno.

Nella cefalea da accrescimento è sempre opportuno ricercare gli eventuali segni di alterazioni o disarmonie endocriniche (ipofisarie, tiroidee, orchidiche, ovariche) e ricorrere, in caso positivo, all'uso delle corrispondenti medicazioni opoterapiche mono- o plurighiandolari.

In quei soggetti invece nei quali è manifesto un coefficente eredo-distrofico, specie se questo è riferibile alla lue parentale, occorre ricorrere al più presto alle cure specifiche.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE S. CAMILLO - COMACCHIO.

Esperimento di medicazione intrarteriosa.

(Flemmone profondo diffuso della mano)

per il dott. UMBERTO BONOLI,
Chirurgo e Direttore

L'esperimento di cui sto per dire meriterebbe invero, per la pienezza e la rapidità del risultato conseguito, una illustrazione più ampia e più accurata della presente e sopratutto il corredo di altri casi consimili atti a meglio documentare l'efficacia del procedimento. Ma in esso, pur solo, è tanta l'evidenza del rapporto di causa ad effetto tra terapia ed esito, che mi è sembrato assai opportuno il farlo oggetto di questa nota, che chiamerò preventiva in quanto è mia intenzione farvi seguito appena possibile con la pubblicazione di altri esperimenti del genere, non disgiunti da ricerche specialmente rivolte a chiarire certe azioni e certi meccanismi che dei fatti constatati costituiscono a mio avviso il lato più interessante.

*
* *

L'idea di introdurre un farmaco direttamente nel circolo arterioso data da circa un ventennio e spetta a Bier, il quale nel 1908, nel render conto di alcuni suoi esperimenti di anestesia venosa, ebbe ad esprimere il parere che la via arteriosa avrebbe potuto forse rispondere meglio sopratutto negli interventi sugli arti. L'idea ebbe poi sì applicazioni e sviluppo notevoli, ma solo o quasi nel campo appunto dell'anestesia. L'argentino Calcagno usò l'anestesia arteriosa per primo con buoni risultati; altri poi la esperimentarono quali l'Oppel, il Raudhoff, il Messetti, l'Hotz, l'Ehrismann; e particolarmente studiata fu dal Gayanes; il Zappelloni la praticò in alcuni interventi sulla lingua iniettando novocaina nell'arteria principale.

Per contro l'iniezione intrarteriosa propriamente terapeutica non ha avuto, starei per dire, quasi nessuna applicazione. Da quello che mi è stato possibile consultare di letteratura in proposito, solo l'Amalfitano, il Bleichroder, il Sinclair hanno fatto dei tentativi. L'Amalfitano trattò con questo sistema la tubercolosi polmonare, la sifilide ed altre malattie infettive (1); il Bleichroder iniettò del collargolo nell'arteria femorale di tre setticemie puerperali gravi con risultati soddisfacenti (*Paris Médical*, n. 38, 1912); il Siclair (*Medical Times*, n. 1-4, 1917) praticò tre iniezioni intracarotidee (carotide interna) di neosalvarsan ad un sifilitico trentasettenne con segni di paralisi generale, ed ebbe un manifesto miglioramento. Ma è d'uopo notare qui che, poichè io credo debba la terapia intrarteriosa, per chiare ragioni anatomiche e fisiologiche, essere intesa come una terapia locale o regionale, e non generale, e ciò perchè non venga a mancarle ogni senso e ogni giustificazione di fronte alla praticità e alla efficacia evidentemente maggiori della terapia endovenosa, mi sembra che le prove specialmente del Bleichroder e dell'Amalfitano debbano restar prive di qualsiasi specifico valore. Oziose, per lo meno, sarei per chiamare le iniezioni intrarteriose nelle setticemie, nella tubercolosi polmonare, nella sifilide, e nelle malattie infettive; tutte forme queste in certo modo generalizzate e per ciò più comodamente e più efficacemente accessibili attraverso le vene, molto più se si pensa che alcune di esse per il loro carattere di cronicità sarebbero per richiedere interventi medicanti piuttosto numerosi, al che la via endoarteriosa ci appare decisamente non pratica, se non anche, per altro senso, dannosa.

L'esperimento del Sinclair è forse il solo che sia dotato di un certo giustificativo logico in quanto l'azione vi è diretta, attraverso la carotide interna, alla cura di fenomeni cerebrali (paralisi generale), propri cioè della regione che sappiamo trovarsi sotto il dominio appunto di quell'arteria.

Se non erro dunque, se cioè le mie ricerche non sono state insufficienti, il Sinclair sembra essere stato l'unico vero sperimentatore della terapia intrarteriosa, come unico è stato d'altra parte il suo esperimento. Quanto però al risultato che egli ottenne, non brillantissimo, esso, è comprensibilmente da riferirsi al solito fatto che, se anche quella localizzazione sintomatologica, (che del resto sappiamo sostenuta da lesioni anatomiche peri-encefalitiche), costituiva una indicazione alla terapia regionale, la sifilide restava pur sempre una affezione in certo senso generalizzata e a carattere cronico difficilmente suscettibile di restare vinta da un'azione di scarsa durata.

---

(1) A proposito di quanto fu fatto da G. Amalfitano, mi trovo, con vivo rincrescimento, a non poter dire di più di quanto è espresso nel titolo stesso del suo volume: « Iniezioni endovenose ed endoarteriose nella cura della tubercolosi polmonare della sifilide e di altre malattie infettive », edito da G. Barca di Napoli, 1921, in 8°; volume che mi è stato irreperibile.

Dopo questi fatti e per questi rilievi, logica diviene la deduzione che la medicazione intrarteriosa debba trovare la sua migliore indicazione nelle forme morbose *localizzate acute* e, in rapporto al decorso e agli esiti loro abituali, di gravità almeno sufficiente a giustificare l'intervento stesso a volte tutt'altro che semplice.

Le forme delle estremità sono quindi in generale le più adatte; e, per il caso da me trattato, un flemone diffuso profondo della mano, ho creduto l'iniezione medicante intrarteriosa il procedimento di scelta.

*
* *

Il flemone diffuso profondo della mano è indubbiamente, fra le affezioni delle estremità, una delle più gravi e più preoccupanti.

Quasi sempre sono in causa l'integrità e la funzionalità dell'arto quando non addirittura la vita del malato; e mutilazioni e anchilosi ne rappresentano l'esito più frequente, e starei per dire, il desiderabile. Cosicchè di fronte a tali eventualità derivanti da una parte della abituale violenza di questo tipo di affezione, dall'altra dalla indubbia insufficienza dei mezzi terapeutici fino ad oggi escogitati (non esclusa la stasi alla Bier che pure essendo una ottima pratica non ha sugli altri metodi dei vantaggi troppo forti, mentre è piuttosto delicata); il presente esperimento ha potuto trovare piena giustificazione. E ad esso io mi sentivo anche particolarmente tentato per la straordinaria frequenza con cui mi sono trovato e mi trovo di fronte a forme del genere di violenza veramente insolita, senza dubbio in relazione colle condizioni economiche e quindi igieniche miserevoli della maggior parte della popolazione locale e colla particolare attività di questa, la pesca; poichè è infatti noto come le punture prodotte dalle pinne di certi pesci, qui numerosi, siano estremamente settiche. In queste forme dunque, iniettare al loro primo insorgere un medicamento adeguato nell'arteria della regione poteva voler dire colpire direttamente ed efficacemente il processo settico in ogni sua più profonda e recondita manifestazione di vita; col vantaggio sulla via venosa di evitare dispersioni inutili, spesso anche dannose, della sostanza medicante e di poter impiegare di quest'ultima dosi molto superiori a quelle abituali in considerazione del fatto che per molte sostanze (1) la loro azione generale si svolge più lenta qualora vengano iniettate nelle arterie che non quando vengano iniettate nelle vene; e ciò per la diversa suddivisione locale primitiva della sostanza in causa, per la decomposizione chimica e per il locale diretto assorbimento da parte dei tessuti.

Il 17 dicembre u. s. mi si presenta certo L. Filippo di anni 32 da Comacchio, bracciante. Egli mi riferisce che quattro giorni addietrò con filo spinato si è punto un callo del palmo della mano destra in corrispondenza della base del dito medio, e che a poco a poco la mano si è tumefatta divenendo assai dolente. V'è ingorgo ghiandolare (si palpa una linfoglandula dolente e grossa quanto una avellana) e febbre a 38°,5; la mano è fortemente tumefatta in totalità, dolentissima, la cute è arrossata, tesa, lucida; non si avverte fluttuazione nè superficiale nè profonda, nè alcun altro segno di raccolta o formazione di pus; si tratta d'un flemmone profondo diffuso allo stadio di infiltrazione. La circonferenza della mano, passante per il primo spazio interdigitale a monte delle articolazioni metacarpo-falangee e per il margine cubitale, è di cent. 24,5 contro cent. 22,2 della mano sana.

Due ore dopo, cioè alle ore 11,30, posto il malato sotto etero-narcosi, senza applicazione di laccio di Esmarch, scopro l'arteria omerale al terzo medio del braccio con incisione parabicipitale. Aspirati in una siringa 15 cmc. di argento colloidale elettrico isotonizzato, penetro con ago sottilissimo nel lume dell'arteria.

Colla scelta dell'argento colloidale oltre che utilizzare le sue note proprietà antimicrobiche mi preoccupo da un lato di evitare il pericolo di azioni paralizzanti o necrosanti o comunque dannose sui tessuti, dall'altro di trar giovamento dalla facilità che il colloide può avere più di ogni altra sostanza, in ragione delle sue stesse proprietà fisiche, di sostare nei distretti capillari colpiti ed agirvi con notevole e benefica continuità.

Penetrato dunque nell'arteria inizio la immissione del liquido con estrema forzata lentezza data la grande sottigliezza dell'ago. Dopo averne iniettati circa 7 cmc. una improvvisa scossa del paziente, dovuta a difetto di narcosi, mi toglie l'ago dal lume arterioso; tornato a punger l'arteria, dopo pochi istanti nuova scossa del paziente e nuova fuoriuscita dell'ago. Non voglio traumatizzare maggiormente l'arteria, data anche la non troppa facilità di penetrarvi in causa dello spasmo che, fin dalla prima puntura, mantiene il diametro del vaso alla metà del normale; dimodochè, alquanto contrariato per la scarsa quantità di colloide iniettato, in tutto poco più di 8 cmc., passo alla sutura, lasciando la mano senza alcuna benda.

Rivedo il paziente solo il giorno successivo alle ore 10. Egli mi dice che finalmente dopo varie notti insonni causate dal dolore, ha potuto riposare; non avverte alcun dolore alla mano; la temperatura ascellare è di 37°,7; nelle ventidue ore trascorse dall'operazione egli non ha avvertito alcun malessere di sorta. La mano presenta una sorprendente detumefazione e una circonferenza

(1) L'EHRISMANN fece tale constatazione per gli anestetici locali, l'atropina, il potassio e alcuni alcaloidi dell'oppio.

di centimetri 22,9 contro cent. 24,5 del giorno precedente. La cute non è più lucida nè tesa, ma raggrinzata, secca; il lieve rossore è scomparso; non cianosi, non senso di freddo o di formicolio; la sensibilità cutanea è normale; solo modico dolore si risveglia alla pressione sulla mano e sulla linfoglandula ascellare che è lievemente rimpicciolita; il paziente avverte solo un leggero prurito alla ferita chirurgica. Nei giorni successivi questi ultimi reperti, insieme con la temperatura, vanno sempre più dileguandosi; in settima giornata tolgo i punti cutanei dalla ferita chirurgica completamente asettica; in dodicesima giornata il paziente lascia l'ospedale ristabilito.

Oltre ogni attesa. Oltre, specialmente perchè io avevo ritenuto insufficiente la dose di colloide iniettato. Il risultato del resto non si poteva attribuire ad altro che al procedimento usato; nessuna terapia di altro genere era stata nel contempo iniziata; nessun processo di iperemia passiva si era venuto stabilendo, chè anzi nell'operazione io avevo di proposito omesso l'uso del laccio, mentre avevo lasciato senza fascie la mano ed io stesso avevo bendato la ferita chirurgica preoccupandomi di non unirla oltre il necessario. D'altra parte il processo settico aveva offerto un quadro sintomatologico di intensità sempre crescente fino all'atto dell'intervento.

Quanto alla dose di Zimmargolo, essa creduta scarsa, rimaneva invece a maggior riprova e della potenza antimicrobica della sostanza stessa e dell'efficacia della via scelta per introdurla.

Ma con quale meccanismo aveva agito il colloide? Questa è certo l'incognita più interessante; tuttavia non mi piace spingermi in alcuna induzione o ipotesi che sarebbe avventata e prematura, quindi inutile. Spero però che esperienze successive o mie o d'altri possano condurvi una buona luce.

Tra le condizioni che nella presente speciale forma morbosa, il flemmone, hanno maggiormente concorso all'insperato risultato, credo debba porsi la precocità dell'intervento rispetto a qualsiasi formazione di pus. Poichè se la presenza del pus ci significa essersi già le difese organiche efficacemente stabilite, essa però ci dice pure che le alterazioni anatomiche che la sepsi di solito localmente comporta sono già in atto irreparabilmente. Sicchè considero la fase di infiltrazione il momento più indicato per intervenire.

*
* *

La terapia endoarteriosa offre indubbiamente vasti sviluppi e forse ci riserba insperate conquiste; ma è una terapia che ha bisogno ancora direi piuttosto di nascere che di crescere, perchè quasi nulla si è fatto in questo campo. Campo certamente fertile, poichè i primi chicchi di semente sembrano ben germogliati.

Comacchio, febbraio, anno VII.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Sopra un caso di pseudo-reumatismo subacuto nell'eredolue tardiva.

Dott. ALBERTO STARNA,
assistente degli Osped. Riuniti di Roma.

È nella prima infanzia che abitualmente il medico sospetta una eredo-lue tardiva. La diagnosi di solito è facile; l'aspetto di bambini anemici, gracili, soggetti a frequenti malattie intercorrenti con riniti muco-purulente croniche, la splenomegalia, qualche stimmate cicatriziale o distrofica come la cheratite o altro sintoma della triade di Hutchinson ed infine le osteoperiostiti della cresta tibiale denotano chiaramente la natura dell'affezione.

Ben diversamente difficile è il caso quando si tratta di eredo-lue tardiva in età più avanzata, nell'adolescenza, e se soprattutto mancano i segni ricordati e la malattia ha un decorso acuto con febbre e rapida anemia come nel caso che qui riferisco in cui si ebbe anche rapido sviluppo di versamento articolare.

Anamnesi. La madre contrasse dal marito la lue 19 anni or sono curata subito con numerose serie di iniezioni di calomelano. Non aborti nè parti prematuri; di 5 gravidanze a termine il primo e l'ultimo figlio sono morti di malattie intercorrenti in tenera età. I genitori hanno continuato per molti anni la cura con iniezioni mercuriali e una Wassermann praticata recentemente alla madre è stata negativa.

La p. che è la secondogenita ed attualmente conta 16 anni, non presentò alla nascita, nè nella prima infanzia lesioni luetiche; non ha mai sofferto di malattie degne di nota.

Mestruata da un anno le regole in questi ultimi mesi parallelamente all'anemia si son fatte scarse e talora mancano.

I due fratelli della p. godono buona salute.

L'attuale malattia risale a circa quattro mesi fa allorchè la p. ebbe versamento articolare ad entrambi i ginocchi con dolori e febbre continua a 38,5 per cui dovè restare in letto. Ritenuta l'affezione reumatismo art. acuto, e come tale curata, la ragazza dopo 10 giorni, scomparso il versamento, tornò alle sue ordinarie occupazioni. Però insensibilmente da allora è andata deperendo continuamente, ed ogni tanto in questo periodo son comparsi dolori ai ginocchi e ai gomiti.

Quando la visito la prima volta (4 aprile) riferisce che improvvisamente 5 giorni prima le si

erano tumefatte entrambi le articolazioni dei ginocchi; contemporaneamente era apparsa febbre a 38,5 a carattere continuo e tornati più insistenti i dolori ai gomiti.

Esame obbiettivo. — Struttura scheletrica regolare, spiccata anemia, scarso pannicolo adiposo, colorito bruno pallido della cute e mucose. Assenza di stimmate cicatriziali e di distrofie dentarie, e auricolari. Micropoliadenopatia generalizzata.

Apparato cardio-vascolare e respiratorio negativo.

Fegato e milza nei limiti.

Il ginocchio d. semiflesso si presenta fortemente tumefatto, di colorito normale con lieve aumento della temp. locale; alla palpazione edema delle parti molli che rende impossibile apprezzare il volume dei capi articolari; spiccato ballottamento della rotula; modico dolore alla pressione. Il ginocchio sin. leggermente tumefatto non da ballottamento. Negativo l'esame delle altre articolazioni. Le creste delle tibie e le ossa della volta cranica sono integre; leggero aumento di volume di entrambi gli omeri al III inf. ove la pressione non provoca dolore.

Aumento a 5 gr. al giorno più a scopo diagnostico che terapeutico il salicilato prescritto da un altro sanitario.

Il giorno 8 aprile il versamento è discretamente diminuito; si palpa l'estremo infer. del femore aumentato di volume, lo stato anemico s'è accentuato. La p. ha febbre serotina intermittente di 38, 38,3 che subbiettivamente non avverte. Nonostante la diminuzione del versamento dopo il salicilato, per le alterazioni ossee, l'indolenza e il tipo febbrile, caduta l'ipotesi di reumatismo penso alla lue per la molteplicità delle ossa colpite e per l'indolenza, però l'integrità delle ossa classiche per tali lesioni e l'assenza di dolori notturni mi tengono ancora sospeso.

Il giorno 11 aprile il completo riassorbimento articolare del ginocchio d. fa rilevare ben netto l'aumento di volume, la muscolatura della gamba è leggermente ipotrofica; le tumefazioni dell'omero sono da entrambi i lati nel III inf. a forma fusata; è però sempre negativo l'esame della tibia e della volta. Avverto i familiari della natura luetica dell'affezione, e pratico la Wassermann e le radiografie del femore d. e del gomito sin. Confermata pienamente da entrambi la diagnosi iniziò una cura di iniezioni bismutiche (Salbiolo II grado).

All'inizio della II settimana di cura si rileva l'insorgenza di un'osteoperiostite nella regione frontale sin. Si continuano le iniezioni ed insieme somministro per bocca 2 cucchiai di sciroppo di Gilbert pro die.

Il 28 la p. è già senza febbre, tutte le lesioni regrediscono, lo stato generale migliora rapidamente. Attualmente dopo tre mesi la p. è completamente rimessa e non sono più apprezzabili le tumefazioni osteoperiostee. Ha fatto serie di iniezioni di bioduro alternate allo sciroppo di Gilbert, cura che sta continuando tuttora.

Se il quadro clinico riferito ha potuto mascherare la natura cronica dell'affezione ciò è dovuto ad un decorso apparentemente soltanto acuto o meglio subacuto in rapporto ai versamenti articolari, mentre la malattia progrediva già da tempo come lo dimostrano le lesioni ossee. Probabilmente nel periodo dell'adolescenza in cui massima è l'attività formativa dell'organismo avvengono modificazioni umorali per cui la spirocheta trova possibilità di diffondersi e divampare soprattutto nel sistema osseo che è in massimo accrescimento.

È però raro come nel caso nostro, l'associarsi di vari sintomi che ora brevemente ricorderemo.

Il sintoma su cui richiamava l'attenzione la p. erano i versamenti articolari di cui quello del ginocchio sin. era rapidamente scomparso e quello del ginocchio d. continuò più a lungo.

Per i caratteri obbiettivi, per la localizzazione a due sole articolazioni, per il tipo febbrile, e per l'assenza di sudorazioni si poteva ritenere poco probabile l'ipotesi di reumatismo articolare a. come confermò la cura salicilica. L'artrosinovite tubercolare difficilmente ha un inizio così acuto, colpisce una sola articolazione e non può dare remissione completa come si era verificato nella nostra paziente. Infine contro la poliartrite blenorragica stava l'anamnesi e la predilezione di essa per le piccole articolazioni.

Restano da considerare le rare poliartriti eredoluetiche.

Di queste sono descritte varie forme: l'idrartrosi di Clutton ad inizio insidioso, indolente, a decorso cronico senza lesioni ossee; l'artrite acuta suppurata con febbre alta, rossore dell'articolazione, ed infine la poliartrite subacuta detta, per il quadro clinico cui somiglia, pseudo-reumatica.

Quest'ultima forma nota già a Fournier nella lue secondaria è più recentemente descritta nell'eredolue tardiva. Broca ne ha descritto un caso nel 1921 e Gilbert e Bernard un altro nel 1923 per citare solo i più recenti. Una varietà di questa forma è detta artralgica e consiste in vivo dolore in alcune articolazioni, mentre in altre si ha versamento, come appunto abbiamo riscontrato nella nostra malata ai gomiti; sede spesso colpita che se non è curata può condurre all'anchilosi del gomito segno della natura eredoluetica secondo Lacapere e Laurent.

La febbre è nella forma subacuta, modica e continua, di solito si aggira intorno ai 38 gradi; col ripetersi dei versamenti articolari questi si stabiliscono, specie alle ginocchia, in modo cronico avvicinandosi nell'esito all'idrartrosi di Clutton.

Si potrebbe ritenere, come già Fournier pensava, che questi versamenti siano l'epifenomeno di lesioni ossee; contrariamente a ciò vedremo nel nostro caso come siano perfettamente normali le epifisi e i capi articolari; inoltre la rapida comparsa e scomparsa dei versamenti non si può

ammettere con una lesione ossea che darebbe un idrarto più costante e senza febbre.

L'esame del liquido articolare in questi casi dà una forte polinucleosi (70 %) ed una Wassermann positiva anche se è negativa nel sangue.

Un altro sintoma, la febbre, non fu completamente determinato dal pseudoreumatismo, poichè continuò dopo cessato il versamento, sebbene divenuta intermittente. Nell'eredolue, al difuori delle forme articolari, è molto rara; la ricorda Paillard nella sifilide splenica come febbre inavvertita e con forte anemia.

Ritengo però, nel caso in esame, sebbene l'anemia fosse fortissima e la febbre subdola, per l'assenza di tumore di milza e la presenza delle lesioni ossee, la febbre doversi ascrivere alla rapida efflorescenza delle lesioni ossee ed articolari.

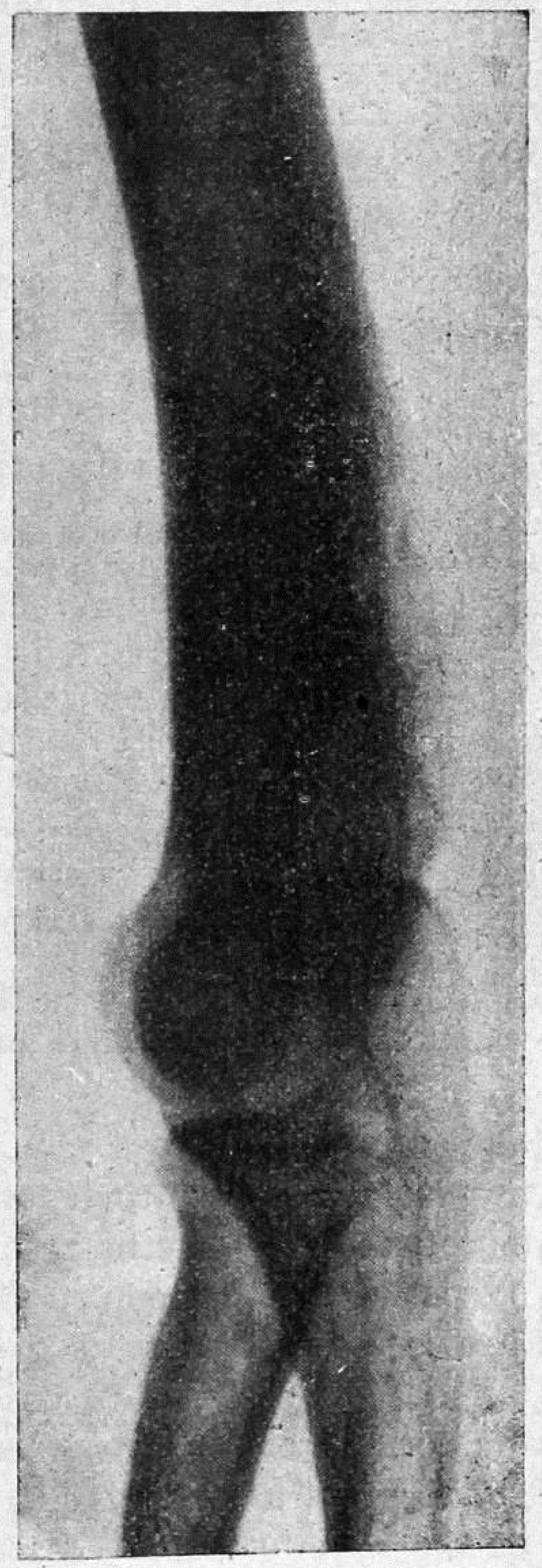


Fig. 1.

Ultimo segno riscontrato, ma certamente fondamentale per l'orientamento diagnostico è stato l'aumento di volume a carico delle ossa che si presentavano abbastanza regolarmente fusiformi e di consistenza ossea. Allorchè per il riassorbirsi del versamento si è potuto apprezzare il volume del III inferiore del femore d. contemporaneamente all'aumento delle diafisi omerali la diagnosi è divenuta facile per la molteplicità, l'indolenza e i precedenti anamnestici.

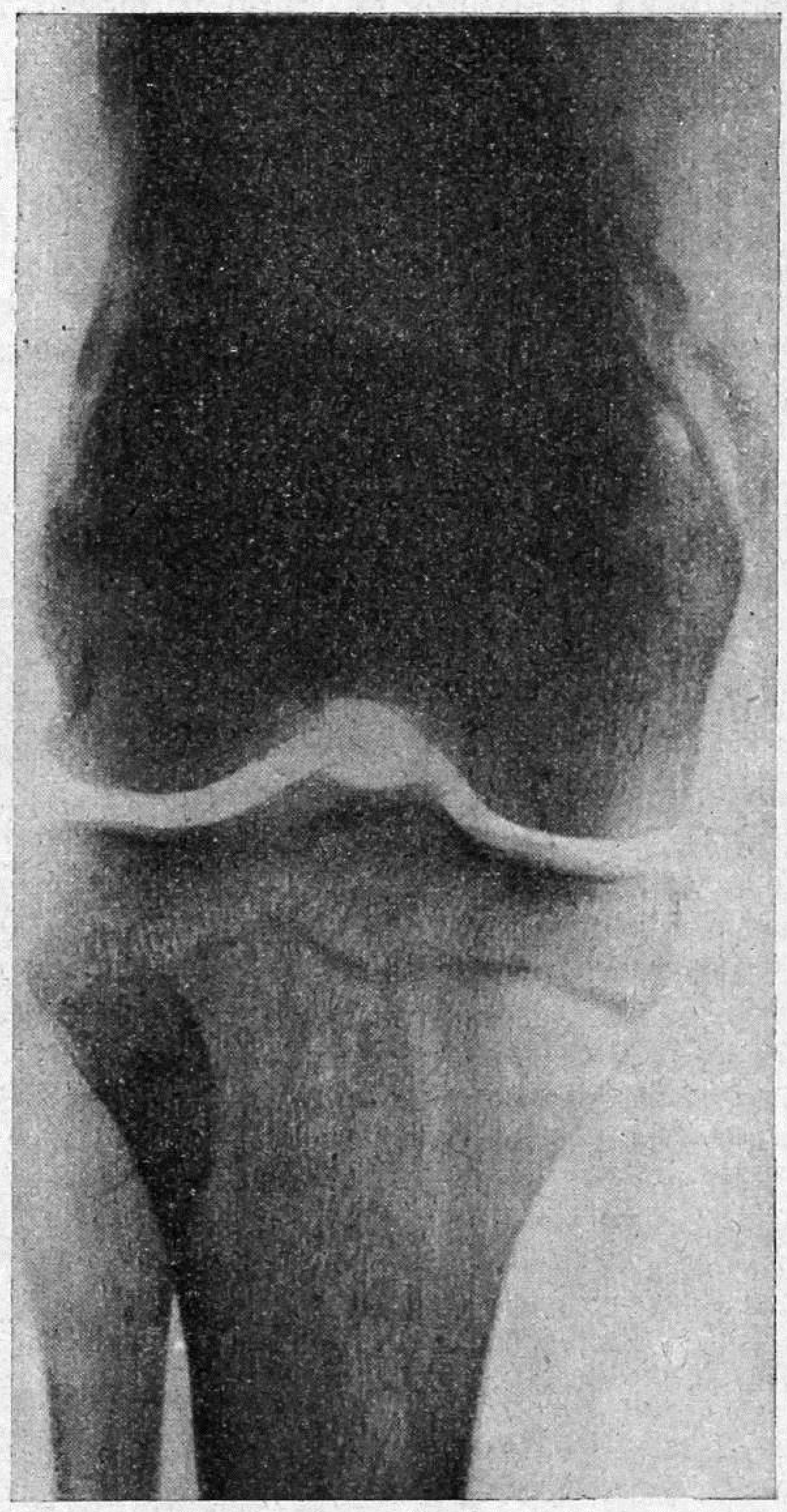


Fig. 2.

Interessante è rilevare come un esame accurato della volta cranica non aveva fatto rilevare alcuna alterazione ossea apprezzabile; dopo un paio di iniezioni di bismuto la p. nota un rilievo della grandezza di una piccola nocciola quasi indolente nella regione frontale sin., rilievo che successivamente scompare col continuare della cura. Evidentemente si trattava di una reazione di Herxheimer frequente quando si intraprendono nel periodo attivo della lue delle cure arsenobenzoliche che determinano una recrudescenza delle lesioni congestizie per liberazione in massa di tossine dalle spirochete distrutte.

La cura bismutica raramente dà questa reazione, nell'eredolue in cui il bismuto non ha avuto ancora larga applicazione non ho trovato riportati esempi di casi simili.

La cosa più interessante da rilevare a propo-

sito delle lesioni ossee, è la localizzazione di esse in ossa normalmente risparmiate; e queste sedi abnormi sono state la difficoltà maggiore per la diagnosi già sospettata da vari giorni. Le statistiche delle lesioni ossee nell'eredolue danno infatti le seguenti percentuali di sedi: tibia 55, ossa craniche 13, cubito 13, radio 9, omero 7, e femore 2. Le ossa riscontrate affette sono le ultime in ordine di frequenza e di solito si accompagnano contemporaneamente a lesioni delle ossa preferite a differenza anche in ciò dal nostro caso.

L'esame radiografico fa rilevare a carico della metà posteriore e inferiore dell'omero un aumento di volume costituito da zone irregolarmente rotondeggianti a tipo distruttivo circondate da cercini di maggiore opacità (Fig. 1) in modo da assumere nell'insieme un aspetto areolare. Si nota pure una reazione periostale ed endostea.

La radiografia del ginocchio d. (Fig. 2) ci presenta aumento di volume in toto del III inferiore della diafisi femorale, numerosissime gittate di tessuto ossificato a guisa di osteofiti che però si arrestano all'altezza dell'epifisi. La tibia e il perone sono sani come pure i capi articolari.

L'esame radiografico del cranio (Fig. 3) praticato al comparire della tumefazione mostra a carico del frontale vicino alla sutura fronto-parietale sin. un piccolo focolaio di rarefazione rotondeggiante, contornato da una zona di addensamento osseo.

Le lesioni dell'omero sin. sono assai simili a quelle di d.; minime quelle del femore sin. Per la sede molteplice e simmetrica, per il tipo di osteofiti, per la disposizione areolare delle lesioni con reazione del periostio e dell'endostio, per la tipica lesione del frontale, in base al reperto radiografico possiamo ritenere trattarsi di osteoperiostite ed osteomielite gommosa con discreta neoformazione ossea periostale ed endostale.

Le lesioni ossee del terziarismo ereditario, simili a quelle della lue acquisita, s'iniziano non già, come si credeva una volta dal periostio, ma, come ha osservato Gandolphe, dal midollo. Si ha prima una osteomielite gommosa che avanzando sempre più in focolai circoscritti di forma sferica nel tessuto midollare dà l'aspetto areolare radiografico; poi il periostio va incontro ad un processo di infiltrazione congestizia a guisa di manicotto con apposizione di strati ossei se non evolve verso la forma gommosa o eccezionalmente va incontro a suppurazioni.

Vicino a queste manifestazioni ossee e articolari con febbre, indice di un terziarismo rigoglioso, mancavano nel caso speciale localizzazioni sia parasifilitiche secondarie ad alterazioni endocrine, sia metasifilitiche come le stimmate lombo-glutee o perilabiali.

Dai sintomi sovra esposti possiamo concludere si sia trattato nella nostra p. di pseudo-reumatismo subacuto eredoluetico tardivo con rapido

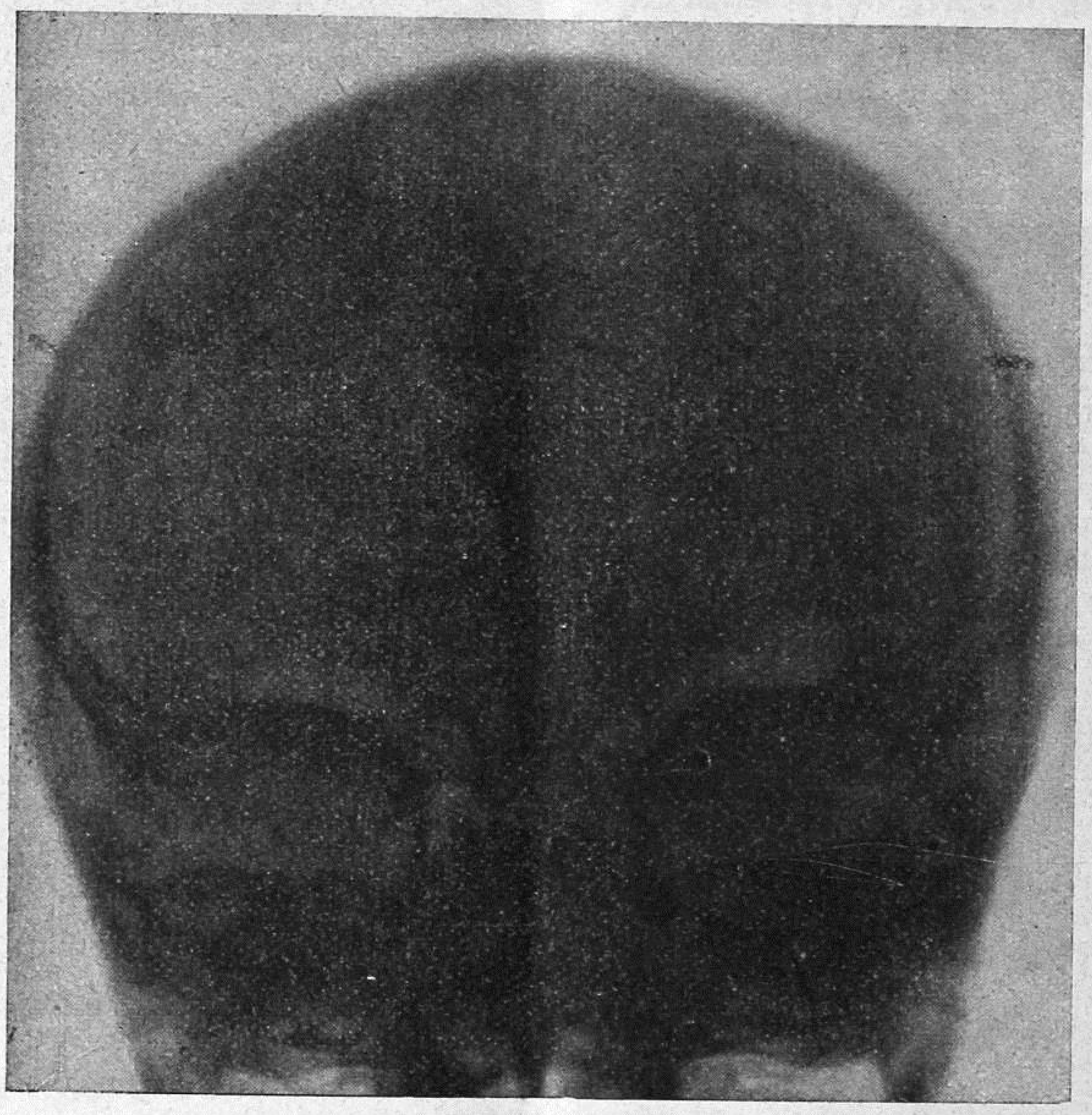


FIG. 3.

accrescimento di focolai di osteo-periostite a decorso precedentemente subdolo.

Dall'esposizione del caso possiamo trarre le seguenti considerazioni:

1) bisogna pensare all'eredolue anche nell'adolescenza avanzata; come pure l'assenza di stimmate cicatriziali o di distrofie generali o localizzate (denti di Hutchinson, diastasi incisivi, omomorfismo dei canini, microdontismo ecc.) non escludono la natura luetica;

2) se la presenza delle lesioni ossee nelle sedi classiche ci afferma trattarsi di un eredoluetico; in loro assenza non si può escludere la sifilide;

3) la lue ereditaria tardiva, sebbene raramente, divampando in modo rapido, può assumere il quadro clinico di una malattia subacuta;

4) la reazione di Herxheimer riscontrata ci dice che realmente il bismuto è uno specifico della lue e lo conferma il rapido miglioramento seguito alla cura bismutica.

BIBLIOGRAFIA.

BROCA. *Aspect clinique de la syphilis artic.: origine traumatique.* Presse Méd., 1921.

CARLE. *Les nouvelles lois de l'hér. syph.* Presse Méd., 1920.

DE NOBILI F. *Lésions osseuses de la syph. Hér. tard.* Thèse Paris, 1925.

GILBERT et BERNARD. *Un cas de pseudo-rhum. hér. syphil.* Bull. et mém. Soc. méd. des Hôpitaux, 1923

LEOTARD. *Les syph. tert. febriles.* Thèse Paris, 1924.

FERNET. In Traité publié par GILBERT et THOINOT. Vol. XX

ROBERTS P. *L'hér. syph. fact. d'affect. artic.* Amer. Jour. Surg., 1923.

ROUGIER. *Etude des epanch. artic. hér. syph. tard.* Thèse Paris, 1924.

SUNTI E RASSEGNE.

RICAMBIO.

L'interpetrazione delle determinazioni della glicemia.

(G. GRAHAM. *Lancet*, 26 genn. 1926).

La raccolta del campione di sangue da esaminare, nel caso in cui sia stato trovato dello zucchero nelle urine, va fatta, secondo l'A., 1-2 ore dopo un pasto nel quale siano stati consumati almeno 600 gr. di pane. Se però si tratta di casi gravi, la raccolta può esser fatta a qualsiasi momento della giornata. Nei pazienti sottoposti a cura insulinica, finalmente, il sangue va prelevato prima della somministrazione della 1ª dose del farmaco; una seconda volta da 3 a 6 ore dopo tale somministrazione; ed una terza volta prima della dose serale. Si può in tal modo constatare in qual maniera il soggetto reagisce, facendo in seguito un unico prelevamento, dopo aver stabilito la dose d'insulina e la dieta appropriata.

Il sangue può essere prelevato sia da una vena, sia dal lobulo dell'orecchio o dal polpastrello del dito, e per impedire la sua coagulazione si aggiungono a 5 cmc. di sangue gr. 0.02 di ossalato di potassio (4 parti) e fluoruro di potassio (1 parte).

In un soggetto sano, digiuno da 3-4 ore, il tasso glicemico oscilla tra 80-120 mgr. per 100 cmc. Dopo ingestione di 50 gr. di destrosio, o dopo un pasto ricco di idrati di carbonio, il tasso si eleva a 150-180 nello spazio di 10-30 m', ritornando alla norma dopo un'ora. Il tasso è poi più alto di circa 20 mgr. nel sangue capillare (del quale si intende parlare in questa nota).

Eccezionalmente, con questa prova della glicemia provocata, si può raggiungere un valore di 230 mgr. dopo mezz'ora; e ciò può essere considerato normale se dopo 60 m' si ridiscende al disotto di 180, e al disotto di 130 dopo 120 m'. È però consigliabile di ripetere la prova dopo 3 mesi.

Nel diabete lieve il tasso può essere normale, ma si eleva al disopra di 200 mgr., mezz'ora dopo la prova alimentare, e si abbassa con molta lentezza; mentre nei casi gravi si parte da valori di 150-180 mgr. a digiuno, per vederli innalzare a 250-300 mgr. dopo mezz'ora, fino a 400 mgr. dopo un'ora, restando altissimi per molto tempo.

Se poi inizialmente si trova valore di 200 mgr. e più, è inutile provocare la glicemia alimentare, essendo evidente la scarsa tolleranza del paziente per lo zucchero.

Facendo una determinazione isolata della glicemia, è essenziale conoscere la natura e il tempo dell'ultimo pasto, e se il sangue fu raccolto dai capillari o dalla vena.

Se lo zucchero sanguigno è al disopra di 200 mgr. 60 m' dopo l'ultimo pasto, è certo

che il paziente ha una tolleranza bassa. Se invece avrà 180 mgr., l'intolleranza sarà solo sospettata, confermandola nel caso che tale cifra persista dopo 2 ore, e praticando la prova della glicemia provocata. Se, finalmente, il tasso di 180 mgr. si mantiene tale dopo 3 ore dal pasto, l'intolleranza è indiscutibile.

Non si deve però dimenticare che, negli stati di eccitamento nervoso, il tasso può salire facilmente a 180-200 mgr. con comparsa simultanea di glicosuria; come pure alterano i dati le foruncolosi e i favi. Abbassano la tolleranza per lo zucchero anche gli stati infettivi, le malattie della tiroide (mixedema e gozzo esoftalmico), gli esaurimenti e i sovraffaticamenti (per es. quelli sportivi).

La soglia renale per lo zucchero corrisponde a un tasso glicemico di 180 mgr., ma il suo valore può innalzarsi o abbassarsi per varie ragioni, diguisachè è sempre necessario, per orizzontarsi sul significato da dare ad una glicosuria, praticare la ricerca quantitativa nel sangue, e la prova alimentare summenzionata.

M. FABERI.

Trattamento del diabete complicato da tubercolosi.

(M. LABBÉ, A. SÉLIGMANN, S. DREYFUS. *Bulletin de l'Acad. de Méd.*, n. 26, 1928).

La frequenza e la gravità della tubercolosi polmonare nei diabetici sono conosciute da molto tempo. Questa complicazione rappresenta una delle cause di morte più frequenti in tali malati. Dopo la scoperta dell'insulina, la proporzione dei morti per tubercolosi polmonare sembra siasi elevata, non perchè la insulina favorisca lo sviluppo della tubercolosi, ma perchè l'insulina ha molto ridotta la mortalità per coma, ed ha prolungato la vita dei diabetici, di maniera che questi malati hanno maggiori probabilità di contrarre la tubercolosi e di giungere al periodo della tisi.

Tutte le forme di tubercolosi si possono osservare nel diabete. La più frequente è la tbc. polmonare a evoluzione acuta o cronica.

L'evoluzione della malattia è generalmente rapida: la fusione dei tessuti avviene senza reazione violenta, ma con rapidità esasperante, come se non offrissero alcuna resistenza alla invasione del bacillo di Koch ed alla sua azione caseificante e distruttiva.

Cause molteplici sono state invocate per rendersi conto della sensibilità particolare che i diabetici dimostrano rispetto alla tubercolosi. Si è parlato di demineralizzazione, di decalcificazione, ma i diabetici non sono più demineralizzati, o decalcificati, degli altri malati. E d'altra parte ben pochi oggi sostengono ancora la tesi della decalcificazione nei tubercolotici. La denutrizione azotata, caratteristica del diabete grave, può essere invocata con più ragione; ma non sembra che i diabetici gravi siano, più dei leggeri, esposti alla tbc.

Il saggio della cutireazione alla tubercolina eseguito in molti diabetici ha mostrato che essi, senza essere così anergici come gli epatici ed i settici, reagiscono meno bene degli altri ammalati.

Uno stato di anergia relativa può dunque intervenire nella disposizione dei diabetici alla tbc.

Sembra agli AA. che si debba tener conto del sovraccarico di glucosio nei tessuti, conoscendo che il glucosio favorisce lo sviluppo del bacillo di Koch nei mezzi di cultura artificiale. Questa idea ha indotto a trattare i diabetici tubercolotici con la cura di riduzione alimentare, in maniera da ottenere l'abbassamento della glicemia al tasso normale. Gli AA. hanno infatti constatato che la cura della iperglicemia esercita una influenza inibitrice sullo sviluppo della tbc. nei diabetici mentre la iperalimentazione provoca un aggravamento.

Nel trattamento della tbc. nei diabetici bisogna mirare a due scopi: 1) sopprimere nel terreno diabetico ciò che favorisce lo sviluppo del bacillo di Koch, affinchè il malato si difenda contro la malattia con lo stesso vigore di un soggetto non diabetico; 2) impiegare nel diabetico le armi più potenti che noi possediamo contro il b. di Koch.

Fino al 1922 non avevamo, per lottare contro l'iperglicemia, che il regime e la cura del digiuno. Oggi disponiamo della insulina che permette di ridurre più rapidamente l'iperglicemia e di mantenere un regime più sostanzioso senza temere la riproduzione della iperglicemia. Le numerose osservazioni esistenti in proposito riducono a zero il timore di una azione attivante del processo tubercolare da parte della insulina, e ne dimostrano invece il vantaggio, tanto che molti tisiologi hanno usato l'insulina nei tubercolotici senza diabete, per favorire in essi l'alimentazione e l'assimilazione.

Alcuni casi bene studiati e seguìti dagli AA. sono chiaramente dimostrativi della bontà pratica dei suesposti concetti.

Si può concludere che se la tubercolosi nei diabetici è generalmente molto grave, essa non è, tuttavia, sempre fatale. Il medico non deve disperare ed incrociare le braccia, ma al contrario deve istituire una lotta energica e rapida contro questa temibile associazione morbosa. Il trattamento deve essere duplice e mirare contemporaneamente al diabete ed alla tubercolosi.

Contro il diabete il regime regolato e la cura insulinica debbono essere istituiti e rigorosamente seguìti, in modo da mantenere costantemente il soggetto senza acidosi, senza glicosuria e senza iperglicemia, cioè a dire umoralmente normale.

Contro la tubercolosi nei casi semplici e limitati sarà sufficiente la cura d'aria e di riposo; nei casi gravi ed estensivi sarà istituito il pneumotorace, associato o no alla frenicectomia ed ai mezzi diversi che arrestano l'evoluzione delle lesioni e favoriscono la loro cicatrizzazione.

A. PICCINELLI.

Sull'importanza dei tumori delle paratiroidi nella ostite fibrosa generalizzata.

(Beck. *Arch. Klin. Chir.*, vol. 152, pag. 123).

Dopo l'esperienza favorevole di Mandl ha eseguito, in una donna affetta da osteodistrofia generalizzata, l'asportazione delle paratiroidi di un lato e di un piccolo nodulo situato vicino alla tiroide. All'es. microscopico risultò tutto tessuto paratiroideo normale.

La calcemia, la fosforemia e l'eliminazione del calcio che erano molto aumentate ritornarono al normale al III giorno. Nella V giornata dopo l'intervento, comparvero sintomi di tetania che portarono a morte la paz. al 20° giorno. È interessante nel caso osservato che nel periodo preagonico si notò una forte diminuzione della riserva alcalina mentre il pH del sangue era aumentato.

Conclude consigliando l'intervento in più tempi.

Auschütz (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 152, pag. 124) ha osservato 36 casi di ostite fibrosa. Crede che si può ammettere l'esistenza di due tipi di ostite fibrosa localizzata: la forma monoostotica e la forma poliostotica. Di questa forma ha osservato 3 casi. Bisogna separare nettamente la forma di O. F. poliostotica localizzata dalla O. F. poliostotica generalizzata che, clinicamente identica, si differenzia perchè porta a morte il malato. Uno dei casi osservati, a un certo punto, si trasformò dalla forma localizzata nella generalizzata e morì. All'autopsia si rinvenne un tumore bilaterale delle paratiroidi.

Questo fatto deve indurre a modificare la prognosi sempre favorevole.

Per quanto riguarda le recidive in molti casi si tratta di continuazione del processo per insufficente asportazione; la maggior parte dei casi, però, guariscono con interventi minimi. A differenza di altri non ammette che questa forma rappresenti uno stato presarcomatoso.

Bergmann, in un caso di osteodistrofia generalizzata non ha trovato, all'intervento, alcun tumore delle paratiroidi.

Valdoni.

Su di un caso di « calcinosis interstitialis ».

(L. Bonorini. *La Clinica Chirurgica*, agosto 1928, fasc. 8).

Dopo aver riassunto la statistica l'A. passa alla descrizione di un caso capitato alla sua osservazione. Si tratta di una bambina d'anni 7 che all'età di 4 anni cominciò a soffrire d'ascessi multipli che incisi davano esito a pus molto denso e la cui guarigione si protraeva a lungo. All'ingresso in clinica presentava una tumefazione emisferica alla reg. glutea, dolente, arrossata, ulcerata; detta tumefazione, duro-pastosa in alcuni punti, in altri duro lapidea, si trovava nello spessore dei muscoli glutei. Sulla faccia interna e posteriore delle coscie, nelle fosse iliache esterne, nel braccio e nell'avambraccio presentava noduli duri alcuni situati subito al disotto della cute, altri nello spessore dei muscoli. Gli esami radiografici e chimici praticati misero in evidenza trattarsi di deposizione di sali calcarei (carbonati e fosfati). Le articolazioni erano libere. Nell'ulteriore decorso altri noduli andarono incontro a fatti suppurativi sicchè si rese necessario praticare ampi sbrigliamenti dopo i quali le condizioni dell'inferma migliorarono. Sottoposta a cure ricostituenti di soluz. iodo-iodurata ed elioterapia venne dimessa dopo circa un anno. Rivista dopo circa due anni l'esame radiografico dimostrò che era avvenuto un riassorbimento quasi completo dei noduli, eccettuato di uno piccolo in corrispondenza del gomito destro.

L'A. trae le seguenti considerazioni: la C. I. si deve considerare come una malattia a sè e non come un primo stadio della miosite ossificante, perchè non è mai stata constatata la formazione di tessuto osseo e l'esame istologico ha dimostrato che la sostanza calcarea è libera nelle maglie del tessuto connettivo costituendo un vero e proprio corpo estraneo e che nel t. connettivo non avvengono altri fenomeni all'infuori di quelli reattivi; altro fatto importante è il rammollimento di questi focolai di deposizioni calcaree, rammollimento accompagnato da fenomeni settici e ulcerazione della cute. La malattia colpisce in genere il sesso femminile o nei primi due decenni di vita o dopo il 45° anno d'età. Sono state fatte ricerche sulla lue e sulla tubercolosi ma con esito negativo (reaz. di Wassermann e di Von Pirquet sempre negative).

L'A. pensa che la C. I. debba essere considerata come una malattia del ricambio con un'alterazione dell'equilibrio tra l'assorbimento e l'eliminazione del Ca, alterazione legata forse, in considerazione dell'età in cui la malattia si manifesta, ad un'alterata secrezione interna delle ovaie e del timo.

Sinibaldi.

CARDIOLOGIA.

L'infarto miocardico. Studio clinico elettrocardiografico.

(C. Pezzi. *Cuore e Circolazione*, n. 4, 1929).

Solo da poco tempo la diagnosi di infarto miocardico è uscita dal dominio della anatomia patologica. A differenza dell'infarto polmonare che può presentare segni obiettivi e dell'infarto cerebrale che può rivelarsi con segni di localizzazione, la sintomatologia dell'infarto miocardico sembrava muta o andava sommersa nel quadro più imponente della insufficienza miocardica.

Per poter isolare la sintomatologia della

trombosi coronarica era necessario studiare la forma pura, non complicata da altre lesioni cardiache in atto ed era necessario avere un mezzo che permettesse con criterio obiettivo sicuro, di avvalorare la diagnosi clinica, per sè stessa più o meno dubbia. Questo criterio obiettivo oggi viene dato dall'indagine elettrocardiografica, che in molti casi può fornire elementi diagnostici di grande valore. Lo studio clinico dell'infarto miocardico però, necessita conoscenze precise sulla circolazione coronaria.

L'A. inizia appunto il suo studio, col ricordare il sistema arterioso coronario e la sua distribuzione, la quale ha somma importanza nella sintomatologia dell'infarto miocardico.

Questa infatti è più o meno ricca a seconda dell'importanza dell'obliterazione coronaria, dell'età del paziente; inoltre essa è più o meno pura a seconda che la lesione si manifesta in un soggetto sino allora apparentemente sano, oppure è la complicazione di affezioni cardiache in atto e evolutive.

La forma pura dell'infarto, forma alla quale si deve l'epiteto di *forma anginosa*, è caratterizzata da quattro segni fondamentali: il dolore, la febbre, lo shock circolatorio, lo sfregamento pericardico. A questi segni principali o diretti, altri indiretti o secondari possono far corona e cioè: i disturbi cardiaci, i disturbi respiratori e quelli gastro-intestinali.

Secondo l'A. lo sfregamento pericardico è di alto significato diagnostico, ma sfortunatamente è raro, nei 10 casi osservati clinicamente, l'A. l'ha percepito una volta sola.

Ma è sopratutto l'indagine radiografica quella che è di grande soccorso nella diagnosi dell'infarto cardiaco. Nel primo periodo, limitato per lo più alla prima settimana, la presenza sul tracciato elettrico della grande onda monofasica di Smith e Pardee, occupante il tratto R S T, a direzione opposta in 1ª e in 3ª derivazione e dovuta alla corrente d'irritazione, costituisce un segno assolutamente patognomonico.

L'onda monofasica è però di constatazione rara, essendo ben difficile esaminare i pazienti elettrocardiograficamente nel primo periodo della trombosi. Invece le modificazioni più tardive dell'onda T, potendo persistere per settimane e per mesi, sono di osservazione facile ed altrettanto significative.

Le modificazioni di T si possono presentare in tre modi o gruppi differenti. In un primo gruppo (T + —) l'onda T è positiva in 1ª, fortemente negativa in 3ª derivazione dove non solo è molto accentuata e spesso ad angolo molto acuto, ma si stacca da una breve linea a convessità in alto, residuo della grande onda monofasica iniziale. Nel secondo gruppo (T — +) T è negativo in 1ª derivazione ed ha gli stessi caratteri sopradescritti, può essere negativo o nullo o positivo in 2ª, positivo in 3ª derivazione.

In questo gruppo anche la sola negatività di T in prima derivazione ha grande valore perchè T non è mai negativo sui tracciati normali.

Il terzo gruppo (T — —) dove è negativo in tutte le derivazioni è di constatazione molto più rara.

L'A. riporta 15 casi di infarto miocardico, tutti studiati elettrocardiograficamente: essi si riferiscono a pazienti in alcuni dei quali la diagnosi clinica fu fatta direttamente dall'A. nei primi periodi dell'infarto, in altri, capitati all'osservazione quando il male non era più che un ricordo, l'A. potè fare la diagnosi retrospettiva d'infarto controllandola poi con l'esame elettrico.

Dei casi studiati 7 appartengono al primo gruppo, 7 al secondo, 1 al terzo.

Perchè le modificazioni di T abbiano valore, è necessario che non coesistano lesioni di branca, che l'elettrocardiogramma non presenti i caratteri di una notevole preponderanza ventricolare, che l'ammalato non sia sottoposto, prima dell'esame elettrocardiografico, a una intensa cura digitalica.

L'infarto miocardico può guarire clinicamente ed infatti alcuni dei pp. dell'A. sopravvivono alla trombosi da qualche anno, presentando a volte alcuni lievi disturbi, già però preesistenti.

Alcuni osservatori avrebbero constatato anche la guarigione elettrocardiografica dell'infarto con il ritorno allo stato normale del tracciato elettrico. L'A. però ritiene tale evenienza rara, non avendola osservata in nessuno dei suoi casi, anche a distanza di mesi ed anni.

A. POZZI.

L'endocardite della tifoide e le endocarditi tifose nel bambino.

(NOBÉCOURT. *Journ. des praticiens*, 27 aprile 1929).

Nella tifoide e nelle paratifoidi, le endocarditi sono rare. Si osservano a tutte le età, ma nel bambino, sembrano più frequenti che nell'adulto. La metà delle osservazioni raccolte da Stempowski concerne dei bambini o dei ragazzi; la maggiore frequenza in questi è data soprattutto dal fatto che in essi la febbre tifoide è invece meno frequente che negli adulti. Nei ragazzi, l'endocardite si riscontra specialmente fra 8 e 15 anni ed è un po' più frequente nelle femmine che nei maschi.

Nelle autopsie eseguite al John Hopkins Hospital, su 132 tifosi, si sono trovate 3 volte delle vegetazioni endocardiche (2,2 % dei casi).

Le endocarditi delle tifoidi e paratifoidi comprendono due ordini di fatti.

In una prima categoria sono da considerarsi le endocarditi dovute ad infezioni secondarie. Si sono trovati dei cocchi indeterminati, stafilococchi streptococchi pneumobacilli di Friedländer ed altri germi.

L'altra categoria comprende le endocarditi dovute ai bacilli tifici o paratifici (fra i primi che isolarono il bacillo del tifo dall'endocardio, menzioniamo il Carbone).

Quando il malato sopravvive, è difficile stabilire quale parte abbiano avuto i bacilli del tifo. Si riconosce l'infezione tifosa con la clinica, l'emocoltura, la sierodiagnosi, ma non si può affermare in nessun modo se la lesione endocardica sia dovuta o meno ai bacilli tifici o paratifici; certamente, se l'emocultura fornisce soltanto detti bacilli e non si hanno complicazioni secondarie, è legittima la supposizione che l'endocardite sia causata da essi.

D'altronde, le forme anatomo-cliniche non differiscono essenzialmente secondo i diversi germi in causa.

LA CLINICA DELLE ENDOCARDITI TIFOSE.

I due tipi classici di endocardite sono la forma semplice e quella maligna. L'una e l'altra si iniziano generalmente a partire dal secondo settenario, talvolta nel corso di una ricaduta.

Nell'*endocardite semplice*, i sintomi generali sono quelli di una febbre tifoide di media intensità o grave. I disturbi subbiettivi e funzionali sono nulli; si ha pertanto, spesso, una tachicardia sproporzionata con la temperatura ed una pressione piuttosto debole.

L'esame regolare del cuore permette la diagnosi. P. es., nell'endocardite mitrale, si vede che il volume del cuore rimane normale od aumenta progressivamente. All'ascoltazione, si percepisce, al focolaio mitrale, lo smorzamento del primo tono. Spesso appare precocemente un soffio sistolico, a sede sulla punta olosistolica, dolce, leggero, che non si propaga e non è modificato nè dai movimenti respiratori, nè dai cambiamenti di posizione. Vi si associa, talvolta, un leggero rumore diastolico od un soffio presistolico.

Analoghe alterazioni si hanno nelle lesioni degli altri orifici, a cui però si associano spesso quelle della mitrale.

Nell'endocardite aortica, il secondo rumore al focolaio aortico è sordo, smorzato, spento, insieme, o non, ad un leggero soffio sistolico e ad un soffio diastolico. L'endocardite polmonare o tricuspidale sono eccezionali.

Spesso l'ottusità precordiale è notevolmente aumentata, in conseguenza della dilatazione del cuore, fenomeno che si esplica con una sindrome miocardica. Talvolta, prima dei segni di endocardite si ascolta uno sfregamento pericardico.

In alcuni casi, sono affetti simultaneamente il pericardio, l'endocardio, il miocardio, avendosi una vera pancardite. Del resto, è noto che, nella tifoide, il miocardio è spesso interessato, anche senza partecipazione delle sierose.

In complesso, dunque, l'endocardite tifica ha i caratteri di quella reumatica e può andare da una forma frusta ad una pancardite.

L'*endocardite maligna* coincide generalmente con i sintomi di una tifoide grave. Temperatura elevata, stato tifoso grave, ventre meteorico, diarrea abbondante, milza grossa, fegato spesso ipertrofizzato. Urine scarse, colorate, con albumina; si hanno spesso bronchite e congestione polmonare.

I sintomi cardio-vascolari sono vari. Polso frequente, piccolo, molle depressibile, pressione arteriosa bassa, fegato più o meno grosso. Cuore a volume normale o dilatato; toni deboli o sordi. Si ascolta, ora un soffio alla punta, ora uno sistolico od uno diastolico alla base, al focolaio aortico od anche a quello polmonare, talora un soffio sistolico al focolaio tricuspidale. Il soffio orificiale dell'endocardite maligna ha certe particolarità: si costituisce rapidamente, diventa forte, rude, talora pigolante; spesso si modifica, scompare e riappare a parecchie riprese.

Ma un'endocardite maligna può anche svolgersi senza provocare nessun soffio, se la lesione è più ulcerosa che vegetante o se le vegetazioni si trovano, non già sugli orifici e sulle valvole, ma sulle pareti delle cavità; in questi casi, l'endocardite rimane silenziosa.

Con i segni dell'endocardite e della dilatazione, o meno, del cuore, si può sentire uno sfregamento pericardico.

Infine, non è rara la comparsa di sintomi attribuibili ad *embolie*: la porpora, attribuita ad embolie cutanee; delle manifestazioni polmonari (brusca comparsa di viva dispnea, di un dolore toracico, talora di sputi sanguigni o di vera emottisi; si rileva la presenza di un focolaio con soffio, che fa pensare a polmonite).

Si hanno inoltre delle embolie epatiche o spleniche, con tumefazione rispettivamente del fegato o della milza, delle embolie renali con ematuria, delle embolie cerebrali con apoplessia ed emiplegia, delle embolie arteriose degli arti, che portano alla gangrena.

LA DIAGNOSI.

Queste endocarditi sollevano diversi problemi diagnostici, che variano a seconda che la febbre tifoide è già diagnosticata oppure è ignorata e ci si trova in presenza di un'endocardite, di cui si deve stabilire la natura.

Nel primo caso (tifoide riconosciuta), l'ascoltazione regolare del cuore rivela, un giorno, lo smorzamento di un tono o la presenza di un soffio. Due eventualità possono allora presentarsi (l'A. prende ad esempio l'endocardite mitrale): 1) il volume del cuore è poco o punto modificato ed è abbastanza facile distinguere lo smorzamento del primo tono dall'indebolimento; in presenza di un soffio sistolico, si devono poi eliminare i soffi extracardiaci;

2) più grandi sono le difficoltà quando il cuore si dilata e raggiunge un volume notevole. Nella sindrome miocardica, smorzamento ed indebolimento del primo tono si confondono, mentre può anche comparire un soffio funzionale, in conseguenza dell'allontanamento dei pilastri della mitrale e per la mancanza di accollamento durante la sistole ventricolare. Soltanto, seguendo bene l'evoluzione, si potrà riconoscere che si è avuta un'endocardite e non già un'insufficienza funzionale.

Ben difficile è poi il riconoscere un'eventuale infiammazione acuta dell'endocardio se preesisteva una cardiopatia valvolare.

Altre difficoltà per la diagnosi risultano dall'esistenza di una pericardite e di uno sfregamento pericardico; la diagnosi di questa può far sì che non si riconosce l'endocardite; gli sfregamenti leggeri non sono sempre distinguibili dai soffi.

Riconosciuta l'endocardite si dovrà ricercare se essa sia semplice, maligna, ulcerosa, vegetante. La diagnosi di malignità si basa sulla gravità dei sintomi generali; ora, questi nella tifoide possono essere attribuiti all'infezione stessa. Depongono per un'endocardite maligna i segni ascoltatori, quali sono già stati descritti e la comparsa di embolie. L'endocardite maligna può poi essere misconosciuta quando le lesioni non risiedono agli orifici.

Ma talora, si ignora che il malato abbia la tifoide. Il bambino ha un'endocardite che si svolge con sintomi generali che ricordano quelli della tifoide; si parla allora di endocardite maligna a forma tifoide. I soli elementi di certezza sono dati dall'emocoltura e dalla sierodiagnosi.

Le endocarditi, che si manifestano nel corso della tifoide, portano spesso a morte. La guarigione della fase acuta, però, non è eccezionale poichè, nei 16 casi di Stempowski, si è avuta 9 volte; si trattava probabilmente di endocarditi semplici.

All'endocardite acuta possono succedere delle alterazioni valvolari; la presenza di queste, attribuibili alla tifoide, è però rara.

FILIPPINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

L. MANGIAGALLI. *Lezioni di Clinica Ostetrica.* Milano, Istituto Editoriale Scientifico, 1929. Tre grossi volumi. L. 350.

Il senatore Luigi Mangiagalli che fu figura preminente nel campo ginecologico, tempra di organizzatore felice, clinico illustre, magnifico maestro, uomo politico, ebbe fra le tante virtù quella di una tenacia appassionata al lavoro.

Deposti per limiti di età la carica di Rettore dell'Università di Milano, da lui voluta e creata, e l'ufficio di direttore di quell'Istituto ginecologico, che, da lui costruito, formò il primo nucleo degli Istituti di alta cultura e raggiunse ben presto i più alti fastigi, ceduta ad altri la carica di Podestà di Milano, invece di concedersi un ben meritato riposo, consacrò le sue energie sempre giovani all'Istituto del cancro e a riunire in un volume il succo migliore dell'attività didattica e clinica da lui esplicata per tanti anni. La morte lo colse all'improvviso, proprio mentre correggeva delle bozze di questo volume; ma il lavoro era già tutto coordinato, cosicchè la scomparsa del grande Maestro non turbò la successiva pubblicazione.

Il Trattato ormai completo, forma una ottima guida per gli studenti e per i medici pratici, non solo, ma rappresenta un libro che viene letto con profitto anche dallo specialista, che mentre vi ammira le larghezze della cultura del Maestro, la serenità dello spirito critico, la efficacia delle sintesi, vi trova raccolto il frutto di una esperienza clinica vissuta per oltre mezzo secolo.

Il Mangiagalli aveva dedicata la sua fatica agli antichi allievi, sparsi in ogni paese d'Italia, a testimonianza del fervore che aveva sempre consacrato all'insegnamento, quasi a farlo loro giungere ancora come rievocazioni della voce e dell'affetto del Maestro. Ma il pubblico fra cui si diffonderà questo libro è ben più vasto e esso conquisterà al Mangiagalli nuovi ammiratori pure fra le fresche schiere, che non ebbero la fortuna di conoscerlo e di poterlo amare.

p. g.

U. PARODI. *Apparato genitale femminile.* Fascicolo XIII del « Trattato di anatomia patologica » diretto dal prof. PIO FOÀ. Unione tipografico-editrice, Torino, 1929. L. 24.

L'importante capitolo dell'anatomia patologica dell'apparato genitale femminile è stato scritto dal prof. Parodi per il trattato diretto dall'illustre e compianto prof. Foà con una grande preparazione e con un esame diligente della bibliografia.

L'esposizione è chiara, precisa, sobria. L'A. dimostra la maturità della sua mente con que-

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

sto poderoso lavoro. Purtroppo esso è l'ultima manifestazione del suo fervido e severo ingegno e vede la luce per opera del suo maestro Aldo Fabris, che ha curato la stampa.

Con questo fascicolo ha fine la poderosa opera di anatomia patologica tracciata e diretta dal Foà, redatta dai migliori nostri maestri della materia, pubblicata con ricchezza di mezzi e con precisa e nitida edizione dall'Unione tipografico-editrice torinese. Questa rinomata casa ha il coraggio di intraprendere la pubblicazione di opere anche grandiose e di portarle bene a termine. Certamente il trattato diretto dal Foà fa onore alla scienza e all'arte editoriale italiana, e sottrae i nostri studenti dall'obbligo di ricorrere a libri stranieri. L'entusiastico animo del Foà sarebbe stato fiero e orgoglioso, se la sorte gli avesse serbato la fortuna di vederlo compiuto.

La medicina italiana deve essere riconoscente all'intraprendenza del professore Foà per questo saggio riuscitissimo della capacità didattica dei maestri italiani. Un tale esempio meriterebbe di essere imitato.

V. ASCOLI.

I. NOVAK. *Die Meustruation.* J. Springer, 1929. Wien I. M.o. 3.60.

Nella collezione dei libri pei medici pratici questo riassunto del Novak porta un utilissimo contributo alla chiarificazione e alla modernizzazione delle idee del medico nei riguardi della funzione mestruale, sia dal lato fisiologico, sia nei rispetti della patologia ginecologica. Un esteso capitolo è poi dedicato alla menopausa e alle sue ripercussioni sull'intero organismo. Tutto il volumetto è disseminato di consigli terapeutici per le varie complicazioni, per modo che esso, pur nella sua brevità, può costituire una guida veramente utile al medico pratico.

p. g.

I. M. RUIZ-CONTRERAS. *Placenta previa.* Madrid, 1929. Ed. J. Morata. 5 pesetas.

In una monografia di 115 pag., arricchita da 19 figure, Ruiz-Contreras illustra questo interessante capitolo della ostetricia dai vari punti di vista, con idee moderne, con sano spirito critico, con chiarezza didattica, fornendo così un'ottima guida ai medici e agli stessi specialisti.

p. g.

Atti dei Congressi dell'Associazione nazionale italiana Dottoresse in Medicina e Chirurgia. Un vol. in-8° di 300 pag. Officina Grafica Fresching, Parma, 1928.

Piccolo, ma sempre crescente e simpaticamente fattivo manipolo, questo delle Dottoresse italiane in medicina e chirurgia, di cui in questo libro troviamo riflessa l'attività nei due Congressi nazionali di Milano (1924) e Bologna (1928) ed in quello internazionale di Bologna (1928).

Le relazioni dei detti Congressi riguardano essenzialmente la lotta contro la tubercolosi, nonchè la protezione e l'assistenza all'infanzia, temi che troviamo esaurientemente trattati da A. Borrino, C. e L. Lollini ed altre. Ma certamente, questa non è la sola forma di attività delle nostre colleghe, che troviamo dovunque, nella condotta, negli ospedali, negli uffici sanitari, nei laboratori sulla cattedra. Quanto ci appaiono lontani quei tempi (una trentina di anni fa) in cui, come ci racconta la Carcupino Ferrari, la dottoressa Cinque dovette fuggire da Palermo per sottrarsi alle troppe ire, chiacchiere, pettegolezzi che il fatto nuovo di una donna-medico aveva suscitato! Oggi la dottoressa nostra si mescola con noi nella dura lotta ed affronta le più ardue questioni sociali, animata dal desiderio del Bene. Ed il successo non le può mancare.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 22 febbraio 1929.

Presidente: prof. DIONISIO.

Lo stato attuale della medicina legale nella repubblica Argentina.

Prof. RAMAN BELTRAM (dell'Università di Buenos Ayres). — L'O. premesso un caloroso saluto all'Italia ed all'Accademia di Medicina di Torino, viene a parlare del cómpito avuto dalla Università dell'Argentina nella rivoluzióne del 1856. In modo conciso infine espone quanto ha fatto la medicina legale nella sua nazione dopo la riforma universitaria del 1918.

La polizia ha il suo corpo medico, autonomo, nominato dal Governo ed ha l'incarico di redigere tutte le denunzie di ferimenti, contusioni, morti violente, che possono essere di competenza della polizia.

Quando vi è necessità di procedere ad un'autopsia, la pratica passa al Giudice di turno, che si rivolge invece al Medico di Tribunale, i quali dipendono dalla Camera d'Appello Criminale. Questi medici intervengono per turno in tutte le perizie, che i Tribunali di giustizia ordinaria della Capitale o che la Giustizia federale sottomette alla loro considerazione.

Per le perizie tossicologiche esiste il gabinetto chimico dei tribunali.

Il nuovo codice penale argentino prende come elemento giuridico dell'imputabilità il criterio psicologico della scuola positiva, il caso d'intervento del medico legale è ammesso non solo nella dimostrazione scientifica dell'imputabilità, ma anche nella correzione dei vizi psichici, intellettuali, volitivi, etici,... che possano aver motivato il delitto.

A questo scopo furono creati vari Istituti; vi è quello per la rieducazione dei delinquenti, di cui

molle sono designate come caratteristiche della lue, e per ciò sono da ritenersi come sintomo molto importante per il diagnostico. Nella sifilide acquisita l'arrossamento si presenta sotto forma di grosse macchie divise da spazi pallidi relativamente estesi, mentre nelle forme ereditarie la distanza fra le varie macchie è piccola, e le macchie sono numerose, determinanti l'aspetto di una superficie marmorizzata.

Degno di rilievo dunque è il campo di osservazione offerto al medico dall'attento esame del palato molle, che merita di essere praticato metodicamente per il rilievo di sintomi speciali, dovuti a determinate alterazioni di alcuni organi interni, utili per un sicuro giudizio diagnostico. A. PICCINELLI.

CASISTICA.

Sulla linfogranulomatosi addominale.

La diagnosi di granuloma maligno spesso presenta delle grandi difficoltà, sopratutto allorchè manca quel corteo di linfoghiandole periferiche, le quali possono più facilmente indirizzare verso una esatta diagnosi.

È per questo che i contributi clinici di morbo di Hodgkin addominale, privi di una evidente sintomatologia, sono di notevole interesse.

In un caso di V. Tramontano (*Morgagni*, n. 45, nov., 1928) si tratta d'una paziente di 22 anni, priva di anamnesi remota; un anno prima dell'osservazione cominciò ad accusare senso di malessere, stanchezza, dimagramento. A questi disturbi si aggiunse in seguito stipsi alternata a diarrea, intenso prurito, astenia marcata, lievi elevazioni termiche vespertine, edemi agli arti inferiori.

All'esame obbiettivo presentava: assenza di linfoghiandole nelle comuni stazioni; negativi gli apparati respiratorio, circolatorio, addominale. Milza ingrandita ed aumentata di consistenza, fegato debordante d'un dito sotto l'arco costale.

Le ricerche biologiche furono tutte negative, se si eccettua una lieve anemia (glob. rossi 2842000), ed una discreta leucopenia (6300) con polinucleosi neutrofila (81 %) e linfopenia (6 %).

Durante la degenza le condizioni si aggravarono, e la P. morì nel febbraio 1928. Fu inviata all'autopsia con diagnosi di granulomatosi addominale.

Infatti furono trovate nell'intestino linfoghiandole retroperitoneali di grandezza variabile, alcune isolate, altre aderenti, a forma rotondeggiante od ovale, a superficie liscia. Nella milza si riscontrarono noduli bianco-grigiastri, a contorni irregolari, isolati od aderenti, a consistenza dura.

All'esame istopatologico delle ghiandole retroperitoneali si notò tessuto granulomatoso, e tra gli elementi parenchimali cellule epitelioidi, e cellule giganti di Sternberg.

Il reperto splenico presentò le medesime caratteristiche.

Considerando il decorso e la sintomatologia del caso riferito, l'A. ricorda che la febbre vespertina, il decadimento e gli altri disturbi potevano far pensare ad una febbre maltese, ad una tbc. occulta, ad un blastoma maligno.

Però un accurato esame anamnestico ed obbiettivo, e la negatività delle ricerche di laboratorio potevano far pensare al granuloma maligno, diagnosi che può essere accertata soltanto con l'esame isto-patologico.

Giovarono per tale diagnosi: l'intenso prurito cutaneo, persistente; lo stato anemico secondario, il rapido scadimento delle forze, gli edemi e la cachessia finale. Completava l'esame obb. la riferita alterazione del sangue, la quale è un segno importante di questo quadro morboso ad etiologia sconosciuta. CARUSI.

Sul così detto granuloma lipofagico in una mammella maschile.

Giacinto (*Ann. It. di Ch.*, fasc. 11) ha avuto occasione di osservare e di operare un giovane di 23 a. affetto da un granuloma lipofagico della mammella S. L'esame obbiettivo dimostrava nel quadr. inf. int. della mammella S. una tumefazione ovoidale lunga circa 5 cm., a superficie bernoccoluta, dura, poco mobile nei piani profondi, aderentissima alla cute, che si mostrava di aspetto e colorito normale. Il capezzolo non retratto. Esistenza di 3 ghiandole nel cavo ascellare stesso lato ingrossato, indolore, abbastanza mobili.

Reazione alla tubercolina e Wassermann negativa. La diagnosi fu, tenendo conto della giovane età del paz., di tumore presumibilmente maligno.

L'esame macroscopico fece rilevare consistenza a tratti fibrosi e dura, stridente al taglio e una costituzione di aspetto fibroso, con abbondanti zone irregolari, rassomiglianti a macchie di candela stearica, arrestandosi al cellulare sottocutaneo. L'esame istologico rilevò la non più riconoscibilità della struttura della ghiandola mammaria, una intricata e sviluppata impalcatura connettivale che delimita piccoli spazi irregolari, in cui stanno annidati elementi cellulari di tipo epitelioide e molte cellule giganti senza fagocitismo in atto, del grasso con nuclei variamente disposti e necrosi limitata del grasso. La letteratura registra 34 casi di tale affezione; sulla origine e natura il Lee ed Adair stabilirono l'origine traumatica e il processo necrotico lipofagico a carico degli elementi locali.

È il secondo caso, nell'uomo, che è registrato ed è il più giovane di età.

Nel caso suddescritto l'A. non ammette, se-

condo la storia, il traumatismo, salvo che il paz. non siasi accorto. L'affezione ha uno sviluppo molto lento e variabile. La sintomatologia tende per un'affezione maligna. La diagnosi è molto difficile e la lesione in esame si può riscontrare ovunque c'è tessuto celluloadiposo.

A. CIOFFI.

TERAPIA.

Nella pirosi.

La pirosi è una sensazione dolorosa che si manifesta, sotto l'azione di agenti chimici essenzialmente caustici, su alcune mucose dell'apparato digerente. Tale sensazione, quando raggiunge una intensità notevole, acquista il carattere di vero dolore, per la determinazione del quale sono necessari due fattori: la presenza, nel succo gastrico, di certe sostanze chimiche ed il contatto di esso con la mucosa dell'esofago.

In linea generale, la pirosi è connessa con un aumento dell'acidità del succo gastrico e soltanto in rari casi si sono osservati individui sofferenti di pirosi in cui il succo gastrico non era acido. Da ciò l'importanza della somministrazione di alcalini. Fra questi, P. Lukacs (*Med. Klinik*, 1918, n. 18) riconosce che il primo posto spetta al bicarbonato di sodio, che agisce per le sue proprietà neutralizzanti e per l'azione dell'anidride carbonica che si sviluppa; l'importanza di quest'ultima è dimostrata dal fatto che il beneficio del rimedio si osserva soltanto quando si produce la eruttazione, cioè, quando l'anidride carbonica liberatasi esercita una pressione sulla musculatura del cardias, mediante la quale il muscolo costrittore si rilascia e così il liquido contenuto nell'esofago può pervenire nella cavità gastrica.

Effetti analoghi hanno i preparati di perossido di magnesio, in cui però la proprietà di produrre gas è appena sensibile, mentre prevalgono gli effetti neutralizzanti. Per il trattamento indiretto della pirosi sono consigliati i rimedi contro la nevrosi che ne è la causa, e particolarmente i preparati di atropina (belladonna) associati o non con gli alcali.

Per quanto riguarda la dieta, l'osservazione che spesso gli individui soffrono di pirosi quando adottano una dieta di facile digestione (lattea) mentre non ne hanno quando usano una dieta pesante, indica che lo stomaco dell'individuo nervoso reagisce con uno stato di irritazione in presenza di alimenti non graditi od a cui non è assuefatto. Da ciò la regola di consigliare essenzialmente l'astensione dei cibi che, ad esperienza del malato stesso, gli provocano la pirosi. Utile è spesso il consiglio di fare una masticazione prolungata, nonchè quello di trattare la nevrosi generale con cure fisiche e psichiche, fra cui l'A. mette anche la psicoanalisi.

fil.

L'azione della morfina sulle vie biliari.

L'azione della morfina sulla vescicola biliare è stata studiata da Schöndube e Lürmann (*Münch. Mediz. Woch.*, t. LXXIV, n. 45) col metodo del sondaggio duodenale. Le conclusioni cui giungono gli AA. sono le seguenti:

a) la morfina sola, per iniezione, arresta la escrezione biliare: con la sonda duodenale si ottiene spesso solo un po' di succo gastrico acido, mentre l'esame radiologico dimostra bene la sede duodenale dell'oliva;

b) l'iniezione di estratti ipofisari, o di olio, non determina contrazione vescicolare dopo la iniezione di morfina;

c) la contrazione vescicolare iniziata viene interrotta dalla azione della morfina;

d) l'atropina non riesce a determinare la ripresa della contrazione evacuatrice interrotta dalla morfina;

e) l'esame radiologico dimostra che la morfina interrompe una contrazione provocata da uno stimolo precedente;

f) la morfina dunque agisce determinando il rilasciamento dell'organo cavo e la contrazione dell'orificio duodenale del coledoco.

La somministrazione simultanea di morfina e di atropina durante le coliche epatiche agisce così in doppio senso, favorendo il rilasciamento vescicolare, ed impedendo la contrazione spastica orifiziale.

A. PICCINELLI.

Drenaggio medico delle vie biliari con la miscela solfato di magnesia peptone.

Solfato di magnesia disseccato gr. *cinque*
Peptone di Withe » *due*
Polvere di liquerizia » *uno*

P. 1 carta e tali n. 10.

Si scioglie il contenuto di una carta in mezzo bicchiere d'acqua tiepida, e si prende al mattino a digiuno, dieci giorni al mese.

La dose di solfato di magnesia sarà ridotta alla metà negli epatobiliari diarroici.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Sulla terapia della pustola maligna. — Al dott. G. L., abb. n. 5428:

Il carbonchio cutaneo è stato oggetto delle più svariate terapie, e delle più svariate combinazioni medico-chirurgiche. Ognuno ed ogni tentativo vanta successi e non pochi.

Noi siamo d'opinione che l'infezione carbonchiosa quando è localizzata (pustola) guarisce con qualunque medicamento e con decorso ciclico; quando l'infezione carbonchiosa si generalizza (setticoemia carbonchiosa) nessun mezzo o sistema è utile a salvare la vita

del paziente. L'esperienza larga di molti anni autorizza ad esprimere questa netta conclusione; attualmente oltre alle cure generiche per il malato infettivo noi ci limitiamo a trattare il carbonchio cutaneo con... gl'impacchi di soluzione fisiologica —; mortalità = zero, per quanto riguarda il carbonchio cutaneo —!

Prescindendo da questa nostra opinione, che può trovare contradittori sui mezzi di terapia medica, v'è accordo completo nel ripudiare l'intervento chirurgico qualunque esso sia: con esso si determinano danni, e nessun reale vantaggio, si offende ogni nozione patologica e perfino il buon senso elementare!

T. PONTANO.

Al dott. C. Amato, Tripoli di Siria:

Salvo l'atropina, la cui azione del resto è molto problematica, non conosciamo mezzi per combattere efficacemente, per via interna, l'iperidrosi generale che è sempre di origine nervosa (vagotonismo, tabe, neurastenia), endocrina (morbo di Flajani) ecc.

V. MONTESANO.

Al dott. Del Duca, Camerota:

Non esistono trattati moderni di ortopedia in italiano; in lingua francese i più recenti sono: POTEL, *Traité pratique d'Orthopédie,* Doin ed., e CALOT, *L'Orthopédie indispensable;* Maloine ed. Un trattato di traumatologia moderno e completo è quello di LUSENA edito dalla U.T.E.T. E. V.

Sulla cura del diabete mellito. — All'abb. n. 2500:

È difficile in una risposta fornire sia pure le linee generali della cura moderna del diabete. Un volumetto pratico che farà al suo caso è quello del RIETTI edito dal Cappelli.

t. p.

Tachicardia in periodo mestruale in soggetto con endocardite. — Al dott. G. G., da L.:

È difficile evitare l'insorgenza della forma tachicardica; forse utili sono, oltre ai bromici e ai preparati valerianici a dose opportuna, i preparati opoterapici del tipo della sistomensina. *t. p.*

All'abb. n. 7167:

Il *reattivo del Gosio* per la conservazione dei liquidi chiusi in fiale per iniezioni ipodermiche è costituito da soluzioni di tellurito, che, come rivelatore biologico, vanno da 1:25.000 a 1:75.000.

Essendo un antisettico, dosi inferiori potrebbero inibire lo sviluppo.

Il solvente da adoperarsi è l'acqua distillata sterile.

Le soluzioni concentrate di per se stesse sono sterili; volendo sterilizzare le fiale di diluizione si può adoperare la pentola di Koch per 5-10 minuti.

Non esiste incompatibilità del tellurito con le soluzioni cloruro sodiche. R. G.

Tensione arteriosa e sua misura. — All'abb. n. 5613-1:

Lo sfigmomanometro che risponde ai fini non solo della pratica ma delle ricerche scientifiche più esatte è sempre quello del Riva-Rocci.

Un ottimo Trattato, in cui troverà ampie indicazioni bibliografiche, è quello del GALLAVARDIN: *La tension artérielle en clinique.* Masson, Paris. T. P.

VARIA.

Echi del centenario Malpighiano.

Il prof. M. Ziino, nell'ultimo numero di *Archeion, Archivio di storia della scienza,* sotto il titolo « Malpighiana » narra, fra l'altro, come prima del 1908 nella loggia superiore dell'edificio universitario di Messina si potesse ammirare un buon medaglione del Malpighi, con sotto la seguente epigrafe:

Marcellus Malpighius — a Senatu messanensi honorifice invitatus — quadriennium apud vos a fine anni MDCLXII — artis medendi praecepta tradidit — et multa hinc reportavit conquisita et collecta — ad animantium et stirpium naturas causas rationes — penitus pernoscendas — proprio philosophiae tempore — cum tandem licuit homini profiteri — se scire eundemque se sapere — usque hic a vobis praeterlabentibus ut mons — conspicuo totus vertice major abest.

Il latino è di G. Pascoli, e travolto nelle macerie del terremoto, non passò in alcune delle raccolte che furon curate delle cose latine del poeta dopo la sua morte (1912). E l'iscrizione è in tutto degna di lui: precisa, elegante, acuta in quell'accenno alla libertà finalmente conseguita dal pensiero scientifico nei tempi postgalileani. Bella soprattutto l'imagine della montagna, che giganteggia quanto più ce ne allontaniamo. E non importa — osserva lo Ziino — che gliela abbiano evidentemente suggerita le parole di uno scienziato, quelle con cui si inizia un saggio (*M. M. come cultore della istologia e anat. minuta,* Milano 1897) di Augusto Eternod.

Anche per il Borelli, che fu come il M. lettore nello Studio messinese, dettò una bella iscrizione il Pascoli. In essa sono ben colte le caratteristiche della mente e della vita del biologo napoletano: seguace di Galilei, precursore di Newton, creatore della jatromeccanica, astronomo, ricercatore, insegnante valentissimo, intollerante di dominazioni straniere, fino ad affrontare l'esilio.

Quei due grandi scienziati non ebbero mai forse plauso così alto e solenne come quello tributato loro dal poeta di « Myricae ».

(Dalla « Rivista Sanitaria Siciliana », 1 giugno 1929).

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE

XXIII. - Concorsi: costituzione della Commissione.

L'Ospedale Maggiore di S. Giovanni Battista e della città di Torino provvide alla nomina di un medico primario, in base a concorso. Dopo la scadenza del termine per le domande di ammissione, il Consiglio di amministrazione dell'ospedale costituì la Commissione giudicatrice chiamando a farne parte, fra altri, il prof. Fratti di Pavia; ma, poichè questi ritardava a comunicare l'accettazione, il Presidente del Consiglio dell'Opera Pia, dopo averlo invano sollecitato, lo avvertiva telegraficamente che avrebbe provveduto a sostituirlo. Il prof. Fratti, prima che ricevesse questo telegramma, aveva frattanto inviato la lettera di accettazione; ma il Consiglio di amministrazione, reso edotto dei fatti che si erano svolti, approvò l'operato del Presidente e deliberò di sostituire il prof. Fratti col supplente prof. Lasagna. La Commissione così costituita formò la graduatoria; ma il Consiglio dell'ente, considerato che il giudizio della Commissione era viziato da errori e da omissioni, dichiarò nullo il concorso mandando a ricompilare un nuovo bando. Il Prefetto revocò questa deliberazione, limitando la dichiarazione di nullità al giudizio conclusivo della Commissione. Il prof. Bruzzone, che aveva partecipato al concorso, agì in giudizio, con due ricorsi: uno contro la illegittima costituzione della Commissione e l'altro contro il decreto del Prefetto.

Furono dedotte molte eccezioni di inammissibilità, delle quali non è qui il caso di far cenno. Più ampia notizia daremo di questa interessante controversia nella Rivista « Il diritto pubblico sanitario ».

Vogliamo ora segnalare la risoluzione concernente la costituzione della Commissione.

Deduceva il ricorrente che era illegittima la sostituzione del prof. Fratti, sia perchè avrebbe dovuto provvedere, se mai, il Consiglio di amministrazione e non il Presidente, sia perchè la sostituzione non era stata determinata da motivi di pubblico interesse.

La V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 10 maggio 1929 n. 270, ha accolto il ricorso, per le considerazioni che qui riassumiamo e che riguardano le forme e i limiti della revoca degli atti amministrativi e le condizioni che possono giustificare la sostituzione dei Commissari, nei concorsi.

Osserva anzitutto il Consiglio di Stato che, per principio generale di diritto, desunto da norme specifiche del nostro diritto positivo, la revoca di un atto amministrativo, per essere legittima e spiegare efficacia deve essere fatta dalla stessa autorità che ha emanato l'atto da revocare e con le stesse forme. Nel caso concreto, la costituzione della Commissione apparteneva alla competenza del Consiglio di amministrazione dell'ente, il quale vi aveva provveduto con sua deliberazione. La revoca della nomina del prof. Fratti era stata invece disposta dal Presidente « cioè da un'autorità diversa da quella che aveva il potere di effettuarla ed era perciò solo illegittima, in quanto annullava virtualmente una delle più importanti garanzie formali della regolarità del concorso ».

Per intendere questa risoluzione è da tener presente che il Presidente dell'ospedale aveva fatto questa testuale comunicazione al prof. Fratti: « Pregola considerare come nullo l'invito rivoltole, poichè provvedo sua sostituzione ».

Forse avrebbe potuto essere diversa la decisione, circa la competenza, se, considerato il ritardo dell'accettazione, il Presidente si fosse limitato a interpetrare il silenzio come rinunzia e quindi fosse entrato in funzione, per effetto della non accettazione, un Commissario supplente. In tal caso, non si sarebbe forse trattato di una vera e propria deliberazione, con effetti costitutivi della Commissione, ma il Presidente avrebbe eseguito il provvedimento anteriore, cioè quello del Consiglio di amministrazione. La *esecuzione* sarebbe certamente spettata alla sua competenza.

Come già si è detto, il Consiglio approvò poi l'operato del Presidente, e deliberò, con suo proprio atto, di sostituire al prof. Fratti il supplente prof. Lasagna. Ma il Consiglio di Stato ha dichiarato illegittima questa deliberazione « sia che la si riguardi come semplice atto di ratifica della revoca disposta dal Presidente, sia che la si consideri come provvedimento autonomo a sè stante ». Nel primo caso infatti la ratifica sarebbe inefficace, essendo ovvio che non è ammissibile la conferma di un atto nullo *ab origine* e quindi giuridicamente inesistente. Nel secondo caso, considerata cioè la deliberazione 31 maggio 1927 quale provvedimento autonomo e senza alcun riferimento con il precedente atto di revoca del Presidente, la illegittimità è non meno evidente, perchè a questa data il prof. Fratti aveva già fatto pervenire l'accettazione, con raccomandata che risultava, per indagini fatte dalla stessa amministrazione, spedita prima che fosse recapi-

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

tato il telegramma. Si tratterebbe quindi della revoca di un componente la Commissione dopo la sua accettazione. Al riguardo il Collegio osserva che, per quanto si possa ammettere con larghezza di criteri la facoltà della pubblica amministrazione di addivenire quando che sia alla modificazione e sostituzione dei membri di una Commissione esaminatrice, è evidente che tale potere di revoca, giustamente ammissibile per esigenze di pubblico interesse, trova un limite logico e giuridico nella garanzia del diritto che il concorrente ammesso al concorso ha al regolare svolgimento del concorso stesso. La revoca perciò non potrà dirsi legittima se non quando tale esigenza pubblica sia comprovata, quando cioè concorrano motivi seri e giusti. L'obbligo della motivazione nell'atto di revoca, con relativo sindacato di legittimità, garantisce il diritto del concorrente alla regolarità del concorso, in quanto impedisce variazioni arbitrarie, deliberazioni a capriccio e assicura contro sostituzioni improvvise, che sono assolutamente da evitare nella delicata materia della formazione delle Commissioni esaminatrici, essendo palese che queste non solo devono dare affidamento di capacità, ma devono altresì essere poste al disopra di ogni discussione e di qualsiasi sospetto, costituendo veramente l'organo di tutela così dell'ente pubblico, che vuole elementi scelti e capaci, come del cittadino che ha la legittima aspettativa di vedersi giudicato da elementi imparziali e indiscutibili. Nel caso concreto, il Consiglio di amministrazione, il 31 maggio 1927, presa visione del telegramma di revoca del Presidente e della deferente lettera di accettazione del prof. Fratti, informato altresì delle risultanze delle indagini presso gli uffici postali, attestanti che l'accettazione era stata data prima del recapito del telegramma, constatò, bensì, che, dopo ciò, altro non restava che il fatto del ritardo di diciannove giorni nella accettazione di un onorifico incarico, ma dichiarò che ciò era « poco simpatico » e, più appresso, che il modo usato « era sconveniente », e deliberò senz'altro la sostituzione, malgrado uno dei consiglieri (l'avv. Pavesio) avesse accennato alle conseguenze che potevano derivarne.

« Tale la precisa motivazione della deliberazione 31 maggio 1927, che il Collegio non ritiene costituisca quella suprema ragione di pubblico interesse che solo potrebbe rendere legittima la revoca di un mandato così delicato quando esso sia stato già accettato ».

L'eccesso di potere denunziato è manifesto, in quanto la revoca è usata non per garantire, per una pubblica esigenza, la prosecuzione del concorso o per assicurarne l'equo e competente giudizio, ma — come ha messo in evidenza il ricorrente — per salvaguardare la dignità degli amministratori, ritenutasi a torto offesa da un ritardo quando non era stato prefisso al nominato alcun termine per l'accettazione e nulla autorizzava a ritenere che il ritardo non fosse attribuibile ad una passeggera e plausibile causa di impedimento.

XXVI. - Dispensa dal servizio per manifestazioni politiche.

L'autorità di pubblica sicurezza aprì una busta contenente una lettera, trasmessa per mezzo della posta, e, rilevando in essa manifestazioni che potevano avere significato politico sconveniente, fece una inchiesta e informò del risultato delle indagini il Ministero dei Lavori Pubblici, dal quale il mittente gerarchicamente dipendeva.

Comunicò anche il contenuto della lettera. Il Ministero procedette contro l'impiegato e lo dispensò dal servizio per manifestazioni contrarie alle direttive politiche del Governo.

L'interessato ricorse al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale e dedusse preliminarmente che, ammesso con certe riserve che la violazione del segreto epistolare non sia sempre illecita per l'autorità di s. p., la violazione stessa non può servire a scopi diversi da quelli della sicurezza pubblica. Soggiungeva pertanto che l'atto, se era lecito nei rapporti di quella autorità, doveva essere considerato illegittimo in relazione alla attività del Ministero dei Lavori Pubblici che ne aveva approfittato per finalità diverse da quelle che giustificherebbero l'atto della polizia.

La IV Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 8 marzo 1929 n. 104, ha respinto questa distinzione considerandola sottilissima e infondata.

« Una volta che si ammette — dice la decisione — che l'autorità politica per interessi superiori possa procedere all'apertura e prendere conoscenza di lettere private, spedite a mezzo postale, non potrà più negarsi che, per la tutela degli stessi interessi, essa possa poi servirsi di quanto apprese con l'apertura della lettera e promuovere dall'autorità competente ad essa estranea quei provvedimenti che la tutela dei suddetti interessi può esigere ».

In merito, poi, la decisione osserva che per « manifestazioni » intendesi « ogni atto o fatto che possa servire a palesare un pensiero o una convinzione e non è necessario che questa debba avvenire pubblicamente o in una forma determinata, bastando all'uopo che si concreti in una maniera tale da poter fornire all'amministrazione l'agio di emettere un giudizio nel merito. E ciò si è avverato nella specie ». Spetta, infine, all'amministrazione di accertare e stabilire se i fatti, che costituiscono la manifestazione, siano o meno in contrasto con le direttive politiche del Governo e il suo apprezzamento non è censurabile in sede di legittimità.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Il bilancio dell' interno alla Camera.

In sede di bilancio sono venuti in discussione i problemi della sanità e dell'assistenza e beneficenza pubbliche; ne daremo un resoconto nel prossimo numero.

Consiglio Superiore di Sanità.

Si è adunato negli scorsi giorni in sessione ordinaria. Daremo prossimamente una breve relazioni dei lavori.

Cronaca del movimento professionale.

Congresso Nazionale dei Medici Condotti.

Si è riunito a Cagliari il Direttorio Provinciale del Sindacato dei Medici Condotti nelle persone del Segretario dott. Cruccu e dei membri dott. Tuveri, G. Granata, V. Meloni, Cabras, con la presidenza del Segretario del Pubblico Impiego avv. Inglese, assistito dal rag. Schirru, per prendere i preliminari accordi sullo svolgimento del Congresso Nazionale dei Medici Condotti, che si terrà in Cagliari nel p. v. settembre, secondo il voto espresso nell'ultimo Congresso di Torino e sanzionato dall'approvazione dei Superiori Gerarchi, on. Turati ed A. Lusignoli.

Sono stati costituiti i vari Comitati che dovranno preparare i lavori del Congresso.

Cagliari sarà lieta di ospitare i più insigni rappresentanti dell'arte medica che, secondo ogni previsione, saranno oltre un migliaio.

Sindacato Medico Fascista di Roma e Provincia.

Il Direttorio del Sindacato, ispirandosi a nobili sentimenti di riconoscenza verso coloro che dettero la miglior parte di sè per la grandezza della Patria, ha deliberato all'unanimità, nella seduta del 18 maggio, che a favore dei gloriosi Mutilati ed Invalidi di guerra siano concesse le riduzioni del 50 % e del 35 % sulle prestazioni sanitarie eseguite rispettivamente a domicilio del medico o a domicilio del malato.

Ha inoltre data facoltà agli istituti sanitari in genere di concludere speciali convenzioni con la sezione romana dei Mutilati ed Invalidi di guerra per le tariffe delle cure che in detti istituti si prestano.

I provvedimenti di cui sopra hanno naturalmente vigore nell'ambito della Provincia di Roma.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Budrio (*Bologna*). — Scad. 27 giu.; con Forese; L. 8800 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 cav. ed eventuale c.-v.; pianura; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

Caserta (*Napoli*). — Scad. 28 giu.; per Casertavecchia; L. 8000 oltre L. 2400 cav. e 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

Chieti. *Amministraz. Provinc.* — Direttore della Sez. Med.-Micrograf. del Laboratorio Prov. d'Ig. e Profilassi. Scad. 15 lug.

Cosenza. *R. Prefettura.* — Per titoli ed esame. Ufficiale sanitario, Capo Ufficio Igiene, Cosenza. Stipendio annuo L. 15.000, più 5 aument. quadrien. del decimo. Per servizio medico scolastico L. 3000 (in corso di approvazione). Divieto esercizio professionale. Scadenza 31 luglio p. v.

Curan Venosta (*Bolzano*). — Scad. 30 giu.; lire 7500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 800 uff. san., indennità alloggio e c.-v. ridotta, L. 1125 arm. farm., L. 3000 cav.

Faleria (*Viterbo*). — A ore 18 del 30 giu.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec., c.-v., L. 400 se uff. san.

Firenze. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Assistente; età lim. 30 a.; L. 6400 e indennità di servizio chirurgico quando l'assist. sia comandato in turno attivo di chirurgia; nom. e conferma biennale; scad. ore 17 del 5 lug.; doc. poster. al 5 giu.; serv. entro 15 gg.

Fossano (*Cuneo*). — 3ª cond., per Maddalena; L. 7000, oltre L. 1500 trasp.; scad. 20 giu.; tassa L. 50,15.

Frosinone. *Amministrazione Provinciale.* — Direttore del Laboratorio provinciale di igiene e profilassi, Sezione Chimica. Stipendio annuo lire 15.000, indenn. servizio attivo 20 % e 3 aumenti periodici fino a raggiungere lo stipendio di L. 17.400. Domanda, documenti soliti e vaglia di L. 50,15 alla Segreteria Provinciale non oltre il 20 luglio p. v.

Fusignano (*Ravenna*). — Scad. 20 giu.; L. 8500 e 10 bienni ventes., c.-v., L. 1000-2500 trasp., età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

Garlate (*Como*). — Scad. 30 giu.; con Malgrate; L. 9000 per 400 pov.; addizion. L. 5; trasp. L. 700; ambulat. L. 500; 4 quinquenni dec.; tassa L. 50,15.

Lubriano (*Viterbo*). — Proroga a tutto 30 giu.

Messina. *Grande Ospedale Civico Piemonte.* — Al 26 giu., ore 16; primario medico e primario chirurgo; rispett. L. 8000 e L. 12.000, 5 quadrienni dec.; età lim. 40 (50) a. Chiedere annunzio.

Montepulciano (*Siena*). — Termine del concorso alla prima condotta residenziale prorogato al 30 giugno p. v.

Montelongo (*Campobasso*). — L. 6500 e tre quinquenni dec. Compenso straord. annuo L. 500. Scadenza 31 luglio. V. fasc. 23.

Orani (*Nuoro*). — Scad. 30 giu.; L. 9500 e 6 quadrienni dec., oltre c.-v., L. 800 uff. san., L. 300 carcere mandam., addizion. L. 3 oltre i 500 pov. e L. 5 oltre 1000; età lim. a. 35 se di prima nomina, 60 se già in serv. presso altre amministraz. pubbl.; tassa L. 50,15.

Pescina (*Aquila*). *Ospedale Civile « Serafino Rinaldi ».* — Primario medico e aiuto medico-chirurgo; a tutto 20 giu.; età lim. 30-45 a.; al primario L. 6000 (*sic*) e 75 % visite e operazioni (*sic*) a pagam.; all'aiuto L. 2400 (*sic*) annue; tassa L. 50,10; serv. entro 20 gg.

Pettineo (*Messina*). — Condotta per soli poveri, popolazione 3176 agglomerata. Stipendio annuo Lire 9000 lorde, quattro quadrienni, oltre L. 500 Ufficiale Sanitario. Scadenza 15 luglio p. v.

Pinzano al Tagliamento (*Udine*). — Scad. 30 giu.; L. 9000 oltre L. 500 serv. att., L. 3000 trasp., L. 900 uff. san.

Poggioreale (*Trapani*). *Ospedale D'Antoni Mirto Impastato.* — Direttore e assistente; rispettiv. L. 16.000 e L. 3000 (*sic*); due scatti quadriennali e uno quinquennale del decimo; al direttore è fatto obbligo della condotta medica ecc.; età lim. 45 a.; tassa L. 50; pel direttore esami. Chied. ann. Scad. 10 lug. Rivolgersi al Comune.

Reitano (*Messina*). — Scad. 10 lug.; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 se uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

Roccascalegna (*Chieti*). — Scad. 24 giu.; lire 8700 se coniug., L. 8340 se celibe, oltre L. 500 uff. san., L. 250 arm. farm.; 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

Roesi (*Caltanissetta*). — Al 15 lug.; compartim. Nord; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; stip. L. 8000 e 5 quinquenni di L. 700.

Roma. *Opera Pia degli Ospizi Marini per i poveri della Città e Provincia.* — Direttore degli Ospizi Marini in Anzio; età lim. 25-45 a.; L. 18.000 esclusa ogni altra indenn.; alloggio, vitto; è inibito l'esercizio profess.; tassa L. 50; serv. entro 15 gg. Chiedere annunzio. Doc. a 3 mesi dal 24 mag. Rivolgersi all'ufficio d'amministrazione, via S. Pantaleo, 67 - Roma. Scad. ore 19 del 25 giu.

San Basilio (*Cagliari*). — Scad. 30 giu.; lire 12.000 oltre L. 500 uff. san., L. 2000 cav. Richiedesi certificato d'iscrizione al P. N. F. Tassa lire 50,15.

Taranto. *Amministraz. Provinc.* — Direttore della Sez. Med.-Micrograf. del Labor. Prov. d'Igiene e Profilassi; scad. 31 lug., ore 12; L. 16.000 oltre L. 6200 serv. att., L. 4000 direz. amministrativa, aumenti; prova biennale.

Torino. *R. Prefettura.* — Uff. sanit. e capo dell'Ufficio d'Igiene del capoluogo; iniziali L. 30.000 oltre L. 6500 serv. att.; compartecipazione compensi da privati per prestazioni nel loro esclusivo interesse. Scad. 10 lug. Chiedere programmi e informazioni.

Vicenza. *Amministrazione Provinciale.* — Il termine per il concorso al posto di assistente alla Sezione Batteriologica e Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi è prorogato a tutto il 15 luglio.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Genova.

Sul segreto medico di fronte ad alcune recenti disposizioni di legge sull'obbligo della denuncia.

Alla presenza di un folto pubblico di medici e avvocati, professori della facoltà medica e giuridica della nostra Università, autorità civili e militari, il prof. G. G. Perrando ha svolto il 3 maggio u. s. la sua attesa conferenza a chiarimento delle discusse interferenze fra il dovere morale e giuridico del segreto medico e l'obbligo delle denunzie imposte ai sanitari, specialmente quella riferentesi alla recente legge sulla circostanziata denunzia di tutti gli aborti. L'O. ha dimostrato come questa denunzia (che sta in certo contrasto con l'art. 439 del codice penale, il quale in omaggio al segreto lascia alla libera coscienza del medico il referto) abbia in realtà uno scopo essenzialmente inquirente e giudiziario, per quanto si dica che la denunzia stessa è rivolta al Medico provinciale con riservatezza.

Il Prof. Perrando ha fatto un confronto fra il rigido assolutismo vigente tuttora in Francia in fatto di segretezza professionale ed i non dubbi indizi di un progressivo annullamento del segreto stesso, che si va sanzionando in Italia. Egli ritiene che questo nostro orientamento sia connesso alle nuove esigenze della moderna medicina pubblica ed alla legislazione sociale e delle assicurazioni per cui l'antica figura del medico privato ed individualista tende a trasformarsi nel funzionario tecnico della collettività, nell'interesse corporativo. In questa rapida evoluzione sociale della medicina è certo da chiedersi se, in questo momento critico, un soverchio rigorismo in fatto di denunzia e di abolizionismo del segreto, specialmente a riguardo di qualsiasi aborto e di consimili intimità familiari assai delicate, non possa condurre a deleteri occultamenti ed a trascuratezze e, quindi, a maggiori danni demografici contro cui la lotta vorrebbe essere ingaggiata. È questa, per esempio, la obbiezione che ha indotto la Russia a legalizzare senz'altro l'aborto, purchè eseguito da tecnici esperti in speciali condizioni.

Il prof. Perrando non si nasconde le difficoltà risolutive di questi gravi problemi. Egli però si mostra convinto che la sanzionata repressione, anche mediante la obbligatoria denunzia da parte dei sanitari (per quanto, per ora, non scevra di qualche inconveniente) possa col tempo contribuire potentemente alla formazione di una coscienza morale ed igienica verso un superiore interesse collettivo contro pregiudizi dominanti e contro malintesi egoismi individualistici.

La chiusura del Corso di perfezionamento per le malattie tubercolari.

Si sono chiuse in questi giorni le lezioni al Corso di perfezionamento per le malattie tubercolari, cui presiede con fervore giovanile il sen. Edoardo Maragliano. Il sen. Maragliano stesso tenne un'applaudita lezione di chiusura esponendo in lucida sintesi critica le più recenti acquisizioni nel campo della patologia della tubercolosi.

Il corso fu anche quest'anno illustrato da lezioni di maestri italiani e stranieri quali Pende,

Arloing, Perrando, Tusini, Fabris, Radaeli, per non dire che dei maggiori.

Al sen. Maragliano ed ai suoi degni collaboratori venne, dai numerosi medici che ne seguirono gli insegnamenti, offerto un pranzo di commiato, che riuscì altra attestazione di cordiale ammirazione all'opera infaticabile della vecchia e gloriosa scuola clinica genovese.

P.

NOTIZIE DIVERSE.

L'annuale tornata dei "Lincei,,

Alla presenza dei Sovrani la Reale Accademia dei Lincei ha tenuto a palazzo Corsini la sua annuale adunanza solenne. Fra i presenti erano i più illustri ed insigni rappresentanti della cultura, autorità politiche, alte cariche dello Stato, dignitari di Corte.

Il sen. Scialoja ha svolto la relazione sull'attività della Accademia durante lo scorso anno.

È stato inoltre organizzato il lavoro per i prossimi anni.

Il prof. Giulio Emanuele Rizzo, ha letto il discorso accademico.

Quest'anno i due premi Reali riguardano l'archeologia e la fisiologia normale e patologica. Per la fisiologia è stato conferito ai proff. Foà e Quagliarello. Tra gli altri premi assegnati sono: il premio dell'associazione bancaria al prof. Visco Sabato; il premio Grassi per la parassitologia al prof. Arturo Palombi.

1° Congresso internazionale di Neurologia.

A causa della guerra mondiale, non aveva potuto aver luogo a Berna nei primi dell'agosto del 1914. Si terrà, per iniziativa dei neuropatologi americani, in quella stessa città, durante l'agosto del 1931 con la collaborazione di tutte le società neurologiche europee e americane. Si è costituito un Comitato permanente, che si adunerà a Berna nel prossimo agosto. Sul tema principale che ha per titolo « Il problema del tono » sono stati invitati a riferire: per l'anatomia O. Vogt (Germania), per la fisiologia Sherrington (Inghilterra), per la terapia Laignel-Lavastine (Francia), per la parte clinica Wilson (Stati Uniti), Hunt (Inghilterra) e G. Mingazzini (Italia).

Segretario europeo è il Dr. Ch. Dubois, Fakenhöheweg 20, Bern (Svizzera).

1° Congresso internazionale delle Università.

Il Comitato organizzatore ha pubblicato il regolamento della riunione, che avrà luogo a partire dal 15 febbraio 1930, in coincidenza con le feste per il bicentenario dell'Università di Avana (Cuba). Lingue ufficiali saranno le seguenti: francese, inglese, italiano, portoghese, spagnolo, tedesco.

Conferenza europea d'igiene mentale.

Il presidente della Lega francese d'igiene mentale, dott. Toulouse di Parigi, fiancheggiato dai proff. Ley di Bruxelles e Sommer di Giessen, ha convocato una conferenza, che si è riunita a Parigi il 3 giugno, per studiare il movimento profilattico delle malattie mentali e l'assistenza agli psicopatici in Europa.

Congresso francese sulla psicanalisi.

La Società Psicoanalitica di Parigi ha tenuto la sua 4ª Conferenza dal 3 al 5 giugno, nell'anfiteatro della Clinica per le Malattie mentali, presso l'Asilo clinico di Sant'Anna (rue de Cabanis 1, Paris XIV). I lavori furono presieduti dal dottor A. Borel. Vennero svolti i seguenti temi: « L'omosessualità femminile », relatore il dott. R. de Saussure (Ginevra); « Tecnica psico-analitica », relat. signora E. Sokolnicka (Parigi).

Congresso tedesco di gastroenterologia.

La « Società tedesca di gastroenterologia e della Nutrizione » terrà la sua 9ª adunanza dal 16 al 18 ottobre, in Berlino, alla Langenbeck-Virchow-Haus, sotto la presidenza del prof. v. Haberer di Düsseldorf. Sono in discussione i temi:

« Critica della farmacoterapia del canale digerente », relatori: Trendelenburg (Berlino), Westphal (Hannover); invitati alla discussione: Sauerbruch (Berlino), Orator (Düsseldorf);

« Cardiospasmo », relatore: Starek (Karlsruhe); invitato alla discussione Payr (Lipsia); « Pilorospasmo », relatori: Schlossmann (Düsseldorf) e Kirschner (Tubinga); invitato alla discussione: Nobel (Vienna e Rammstedt (Munster);

« Magrezza e obesità endogene »; relat.: Thannhauser (Düsseldorf), J. Bauer (Vienna); invitati alla discussione: Bergmann (Berlino), Wagner (Berlino), Ranzi (Innsbruck), Raab (Vienna), Liebesny (Vienna), Rabe (Amburgo).

« Vedute attuali sulle malattie del fegato, dai punti di vista medico e chirurgico »; relatori: v. Bergmann (Berlino), P. F. Richter (Berlino), Mühsam (Berlino); invitati alla discuss.: Roessle (Basilea), L. Pick (Berlino), Falta (Vienna).

Al Congresso sarà unita un'esposizione.

Segretario generale è il prof. R. Van den Velden, Bambergerstr. 49, Berlin W. 30, Germania.

4° Congresso imperiale britannico d'igiene sociale.

E' indetto a Londra dall'8 al 12 luglio. Sono in discussione 5 temi riferentisi in specie alla lotta contro le malattie veneree. Per informazioni rivolgersi al « British Social Hygiene Council », Carteret House, Carteret Street, London S. W., Inghilterra.

Convegno dei Radiologi delle Tre Venezie.

Il 2 giugno alle ore 9, nell'occasione dell'inaugurazione del nuovo Istituto radiologico dell'Ospedale Civile di Verona, vi ebbe luogo il III Convegno del gruppo dei radiologi veneti, sotto la presidenza del dott. Naldo Nicolis, radiologo dell'Ospedale. Vi intervennero le maggiori autorità cittadine ed il presidente della Società italiana di radiologia medica, prof. Ruggero Balli.

Alla seduta del mattino, alla quale erano invitati tutti i medici della provincia di Verona, furono svolte due Conferenze su questioni di particolare interesse per il medico pratico, oratori i dott. Nicolis di Verona e Vietti di Pordenone. Nella seduta del pomeriggio furono trattati importanti argomenti di radiologia interessanti gli specialisti.

Assemblea generale della Federazione Istituti privati di cura.

Nel salone della Confederazione Generale Fascista dell'Industria italiana in Roma ha avuto luogo, il 1° giugno, sotto la presidenza del vice presidente prof. Lobianco assistito dal segretario avvocato Vizzoca, l'assemblea generale ordinaria della federazione nazionale fascista Istituti privati di cura. Erano presenti o rappresentati quasi tutti i delegati delle singole Unioni territoriali. L'assemblea ha espresso il suo più vivo compiacimento ai componenti degli organi direttivi federali per l'opera attiva ed efficace da essi svolta nell'interesse della Federazione. Dopo un ampio esame delle questioni che maggiormente interessano le case di cura private, l'assemblea ha approvato all'unanimità il conto consuntivo 1928 nonchè alcune modificazioni allo Statuto. L'assemblea ha provveduto infine alla nomina dei revisori dei conti per il corrente anno.

Il Policlinico di Pavia.

Il Policlinico di Pavia, uno dei più vasti e il più moderno d'Italia, si avvia al compimento. Lo scorso anno col sussidio del Governo si sono finiti, per una spesa approssimativa di 4 milioni, i padiglioni di *medicina, chirurgia, pediatria* facenti parte del vecchio progetto, e quindi rifatti in parte, ampliati al corpo centrale e con ali laterali, rinforzati di cemento nelle strutture, completati con opere di tecnica, modernamente standardizzando i servizi, riformando la distribuzione delle infermerie. La clinica chirurgica è la più vasta: lunga 180 metri per una larghezza massima alle ali trasversali di 70 metri; la clinica medica misura m. 110 di lunghezza con infermeria di 16 letti; la clinica pediatrica lunga 46 metri, la più raccolta, è costruita con criteri assolutamente moderni. A queste si deve aggiungere il vastissimo edificio d'ingresso (ove saranno gli uffici, la guardia medica, l'istituto di radiologia, ecc.) cui sono state notevolmente rialzate le ali laterali e decorata la facciata in pietra mista.

I nuovi padiglioni, di cui è stato deciso ora l'appalto, saranno regolari, eleganti, modernissimi, a distribuzione simmetrica e misureranno tutti 90 metri di lunghezza: sono le cliniche di *oculistica, ostetricia, dermosifilopatia.* Se ne è compiuta l'ingente mole di studi e di progetti aggiungendo tre padiglioni minori per i servizi generali (cucina, lavanderia, riscaldamento) per una spesa di 9 milioni di cui 7 solo per la parte muraria.

E' da prevedersi che il nuovo ospedale policlinico sarà compiuto totalmente per l'epoca prescritta: il 1930. Esso sarà la più vasta importante opera del programma di conservazione e valorizzazione moderna del glorioso Ateneo pavese.

L'Ospedale Civile di Casorate I.

Un munifico lascito dell'ing. Carlo Mira ha reso possibile l'erezione di un ospedale per la cura dei malati poveri del Comune di Casorate I (Pavia).

Iniziata la costruzione verso la fine del 1914, sospesa con la guerra, è stata ripresa recentemente. Stabilito il decentramento dell'assistenza ospedaliera di Milano, esso è stato eretto ospedale di Circolo. L'importo delle opere occorse per il completamento dell'ospedale è risultato di 1 milione e 600.000 lire, di cui 400.000 sottoscritte dai cittadini casaratesi e dalla famiglia Mira. Il progetto è dell'ing. A. Casati di Milano. L'ospedale consta di due padiglioni per 50 letti con camere d'isolamento e per abbienti, servizi igienici e sanitari, sala chirurgica, sala radiologica, maternità, ambulanza, oratorio, uffici, alloggi, sale di servizio, lavanderia, cucina, sterilizzazione; ha garage per autolettiga, morgue, e un giardino di 25.000 metri quadri. Col 28 ottobre sarà inaugurato.

Nuovo Ambulatorio gratuito a Roma.

Il 3 corr. venne inaugurato a Monte Sacro l'Ambulatorio gratuito Ostetrico-Pediatrico, dell'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia, affidato alla XI Delegazione.

La funzione richiamò sul posto una eletta rappresentanza del mondo medico della Capitale, che ebbe ad encomiare la perfetta organizzazione dell'Ambulatorio, eseguita a cura del Fiduciario del Gruppo fascista, capitano Rizzacasa.

I locali, oltre al completo arredamento necessario, sono forniti di una sufficiente scorta di alimenti per bambini e di medicinali offerti gratuitamente dalle Ditte italiane.

Gl'invitati passarono quindi nei locali del Gruppo fascista, ove la contessa Raffaella Riva Sanseverino, presidentessa dell'XI Comitato, spiegò l'alto significato della riunione. Rispose con elevate parole il capitano Rizzacasa.

Donazioni e lasciti.

L'ambasciatore americano in Germania, Jacob G. Schurmann, dottore in scienze, ha offerto all'Università di Heidelberg un dono di 500.000 dol., pari a circa 10 milioni di lire it., raccolte tra i suoi amici negli Stati Uniti. Il dott. Schurmann studiò nell'Università di Heidelberg una cinquantina di anni or sono. Egli è stato per molti anni rettore dell'Università d'Ithaca (New York).

Il filantropo americano S. Cunning Childs ha stanziato 100.000 dol., pari a circa 2 milioni di lire it., per fondare in Austria un istituto per la cura delle malattie interne e specialmente del cancro. Alcuni industriali di Vienna hanno dichiarato di voler concorrere in tale iniziativa.

Un anonimo ha assegnato 13.000 sterline, pari ad oltre 1 milione di lire it., all'Associazione « British Empire Cancer Campaign », per la lotta contro il cancro nell'Impero Britannico. Lo stesso aveva già donato 10.000 sterline per tale scopo.

Il sig. Romualdo Raza ha lasciato morendo L. 10.000 al podestà di Gorizia, a favore della Lega Italiana per la lotta contro il cancro.

La " Giornata della Croce Rossa „

Mentre andiamo in macchina, si celebra in tutta Italia la giornata della Croce Rossa.

S. E. Bianchi ha diramato una circolare a tutti i Prefetti del Regno, confidando nella loro valida ed attiva collaborazione perchè la patriottica e benefica iniziativa assumesse la maggiore importanza; S. E. Bottai ha rivolto un caldo appello a tutte le Confederazioni di datori di lavoro e alle Confederazioni Sindacali e Autonome, le quali alla loro volta si sono fatte iniziatrici di circolari simili a tutti gli enti periferici.

S. E. Turati ha rivolto ai Segretari di tutte le Federazioni Provinciali Fasciste l'invito di svolgere, in occasione della « Giornata della Croce Rossa », una propaganda attiva ed efficace, perchè ogni fascista figuri nell'albo dei soci della Croce Rossa, e termina confidando nella loro provata disciplina e spirito di solidarietà umana perchè il più largo contributo di attività venga dato da tutti gli organi periferici del Partito.

E non soltanto in Italia, ma anche all'estero, le nostre rappresentanze diplomatiche hanno avuto da S. E. Grandi invito a collaborare perchè anche agli italiani lontani dalla Patria, fosse dato modo di partecipare a questa gara di beneficenza e di patriottismo.

Un importante movimento per la « Giornata della Croce Rossa » si è determinato anche in tutte le scuole del Regno per effetto di una circolare del ministro Belluzzo il quale, mentre disponeva che tutta la classe studentesca italiana partecipasse in collaborazione con i Comitati provinciali della C. R. I., alle varie iniziative, stabiliva anche che il giorno 31 maggio fosse dedicato, in tutte le scuole del Regno, alla illustrazione ed alla esaltazione delle opere e dei fini della Croce Rossa Italiana.

Inchiesta della "Lega delle Croci Rosse,,

La « Lega delle Croci Rosse », con sede a Parigi, riconosciute le difficoltà che si oppongono ad un'esatta statistica dei casi di lue, e allo scopo di accertare se la malattia sia in aumento o in diminuzione, ha deciso di compiere, per il momento, un'inchiesta limitata, diretta ad accertare il numero dei ricoverati nei manicomi in seguito a lesioni nervose luetiche. All'uopo ha diramato, ai direttori di manicomi, un questionario, accompagnato da una circolare. Questa reca anche la firma del prof. Rocco Santoliquido, consigliere di Sanità Pubblica Internazionale alla « Lega delle Società della Croce Rossa » al cui indirizzo (2, Avenue Velasquez, Paris VIII) debbono essere dirette le risposte.

Lotta anticancerosa in Francia.

Il parlamento francese ha approvato, nel bilancio del Ministero del Lavoro e dell'Igiene, un fondo di 1.800.000 franchi per opere di organizzazione e arredamento dei centri regionali anticancerosi e per spese di funzionamento dei loro laboratori di ricerca scientifica.

A favore dell'Istituto del Cancro della Facoltà medica di Parigi, il quale è in costruzione a Villejuif, il Consiglio Municipale di Parigi ha accordato una nuova sovvenzione di 500.000 franchi e il Consiglio Generale della Senna ha assegnato, per l'acquisto di radium, prima un milione di franchi e poi altri 250.000.

Propaganda contro il cancro in Italia.

La Lega italiana per la lotta contro il cancro ha acquistato, dall'« Emelka Kultur Film » di Monaco di Baviera, una pellicola cinematografica di propaganda contro il cancro. La pellicola è a disposizione delle Sezioni della Lega regolarmente costituite, che ne facciano domanda alla segreteria della sede centrale (piazza Cavour, Casa del Mutilato, Roma, 33): viene ceduta per periodi di 10 giorni.

Tutela della Maternità.

La « Gazz. Uff. » ha pubblicato il R. decreto-legge 13 maggio 1929 n. 550 contenente disposizioni per la tutela delle operaie ed impiegate durante lo stato di gravidanza e di puerperio.

Soccorsi dell'Opera Maternità e Infanzia.

La Federazione provinciale napoletana dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia ha disposto l'organizzazione di un ingente servizio di assistenza e soccorso alle popolazioni delle località danneggiate dall'eruzione del Vesuvio. Il presidente, prof. on. Castellino, ha disposto un primo fondo di lire 10.000.

Il fenomeno demografico italiano.

In un'intervista concessa dal presidente della provincia di Milano, Sileno Fabbri, al *Giornale d'Italia*, si mette in rilievo l'elefantiasi che vanno assumendo i centri urbani, in contrasto con lo spopolamento delle campagne. Il fenomeno è comune ad altre Nazioni. Viene accentuato dal regresso delle nascite, il quale è maggiormente sentito nelle Nazioni più progredite come Inghilterra, Francia, Germania. I rimedi più efficaci sono indiretti, dacchè le misure coercitive non giovano; conviene fare affidamento sulla religione, sul rafforzamento della famiglia, sul migliore sfruttamento della terra e sull'igiene sociale.

All'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.

Il prof F. P. Cantelli, dell'Università di Roma, ha tenuto una conferenza sul tema: « Variazioni di mortalità e assicurazioni vita ».

Il prof. G. Mortara dell'Università di Roma ha trattato il tema: « La diminuzione della mortalità negli ultimi 100 anni; i fatti, le cause, le conseguenze ».

Corso di specializzazione in medicina coloniale a Bologna.

Alla fine del prossimo novembre s'inizierà presso la Scuola di Patologia Coloniale, annessa alla Clinica Medica di Bologna, un corso di Specialista in Medicina Coloniale per i laureati in Medicina e Chirurgia.

Il programma comprende i seguenti insegnamenti: Clinica delle malattie coloniali, Igiene coloniale, Clinica Medica, Protozoologia, Elmintologia, Entomologia, Batteriologia e Sierologia.

Alle lezioni teoriche si alternano esercizi pratici e dimostrativi, essendo l'Istituto fornito di abbondante materiale scientifico e di laboratorio.

L'Istituto resta aperto tutto l'anno.

Le tasse ammontano in totale (inscrizione, laboratorio, diploma, ecc.) a L. 2100, metà pagabili all'atto dell'inscrizione.

Le inscrizioni si accettano sino alla fine del mese di novembre e non oltre.

Possono inscriversi anche i laureati in Zoiatria, i quali seguiranno parte dei corsi ricevendone alla fine un certificato.

Corso [illegible] ıamedica nell'ospedale Mellini di Chiari

Diversi anni fa il prof. Augusto Pellegrini, direttore dell'Ospedale Mellini, coll'appoggio e l'incoraggiamento della Sezione di Chiari dei Medici Condotti, istituì Corsi di lezioni e di illustra-

zioni cliniche per i Medici. Quest'anno tale inizativa è stata ripresa coll'appoggio del Sindacato Medico e seguendo il volere e le direttive del Governo Nazionale. Il Corso è stato più regolare e completo degli anni precedenti, e furono utilizzati i nuovi mezzi di studio e di dimostrazione dell'Ospedale, che va sempre più migliorandosi e completandosi.

Il prof. Pellegrini svolse i più importanti capitoli della terapia chirurgica; altri noti docenti universitari trattarono argomenti di importanza pratica.

L'annuale del Corpo di Sanità.

Il 5 corr. nel cortile della Scuola di Sanità militare a Firenze, ove sorge il monumento al Medico caduto in guerra, fu solennemente festeggiato l'annuale del Corpo di Sanità. Le autorità furono ricevute dal colonnello Raffaele Palmieri, direttore della Sanità militare del Corpo d'Armata di Firenze.

I presenti dopo avere ascoltato la messa al campo sono convenuti sotto il loggiato del chiostro ove prese la parola il colonnello Palmieri. Quindi l'oratore ufficiale, capitano Bianchini, valoroso medico decorato più volte al valore, ha pronunziato un discorso rievocando le gesta eroiche dei medici in guerra.

Il monumento al Soldato di Sanità.

Ricorrendo il 5 giugno la festa del Corpo Sanitario Militare, nell'atrio dell'ospedale militare del Celio in Roma fu solennemente inaugurato un ricordo in bronzo, dedicato al Soldato di Sanità caduto in guerra.

La significativa cerimonia è stata onorata dalla presenza del Re. Erano presenti alte autorità politiche, militari e sanitarie.

Il magnifico ricordo in bronzo, dello scultore Bartolini, fu benedetto da Mons. Bartolomasi, Vescovo Castrense, assistito dai cappellani del Celio. Il presidente del comitato esecutivo, colonnello Filippo Caccia, ha parlato brevemente illustrando l'opera del Soldato della Sanità.

Prendendo in consegna il monumento ha parlato il direttore dell'Ospedale, colonn. Mazzetti, dicendo che il ricordo riuscirà di profondo monito per i soldati di domani.

Una manifestazione al prof. Liborio Giuffrè.

Avendo raggiunto il 75° anno, alla fine del prossimo ottobre lascerà la cattedra di Clinica medica dell'Università di Palermo, che per tanti anni ha illustrato col suo insegnamento, il prof. Liborio Giuffrè.

Nell'occorrenza dell'ultima sua lezione convennero nell'aula della Clinica oltre che tutti gli studenti del 2° triennio tutti i professori della Facoltà di medicina.

Alcuni studenti, a nome dei colleghi, gli hanno espresso i sentimenti del loro grato animo. Sono stati offerti al prof. Giuffrè un'artistica medaglia d'oro, un album contenente le firme di tutti i laureandi ed un magnifico fascio di fiori. Il giovane Di Frisco ha dedicato al Maestro un suo studio letterario sul Poeta russo Puszkin, omaggio assai gradito dal Giuffrè, appassionato cultore della letteratura.

A tutti ha risposto, visibilmente commosso, il Maestro che, con elevate parole e con suadente ed efficace esposizione, ha esortato i giovani a proseguire nello studio e nel lavoro, a continuare la sua opera, che sempre un grande amore di bene ed una fede nella scienza ha ispirato, ed ha terminato, fra i generali applausi, lumeggiando quella visione di ideali che è sola e grande ricompensa di ogni fatica.

In occasione del ritiro del prof. Giuffrè dall'insegnamento verrà pubblicato un volume. Il termine utile per l'invio dei lavori scade col 30 giugno (proroga). Le adesioni e gli originali dattiloscritti devono inviarsi al prof. Michele Lombardo, aiuto alla R. Clinica Medica, Ospedale della Concezione, Palermo.

Venticinquennio di laurea.

I laureati in medicina e chirurgia dell'Università di Firenze nell'anno 1904, sono pregati di inviare il loro indirizzo preciso al prof. Luigi Guerra Coppioli, Direttore degli Ospedali di Careggi (Firenze).

Consultazioni radio-mediche.

Seguendo l'esempio del Belgio, l'Inghilterra ha istituito ufficialmente un servizio radio-medico; d'ora in poi tutte le navi potranno chiamare qualsiasi stazione costiera di radio, che provvederà a trasmettere il messaggio agli ospedali o ai medici designati per questo servizio e trasmetterà a bordo le risposte. Le spese sono sostenute dagli armatori.

Anche il governo olandese ha inaugurato il suo servizio radio-medico, sul tipo di quello belga. L'incarico di ricevere i messaggi è stato affidato alla stazione costiera di Scheveningen. Le spese vengono sostenute a parti uguali dal Governo, dalla Croce Rossa Olandese e dalla Federazione degli armatori.

Ricordiamo che nel Belgio la Croce Rossa si è generosamente assunte tutte le spese.

Infortuni di sanitari.

Il dott. Vincenzo Pantò da Catania, in seguito ad un investimento dell'auto ove si trovava, con altro che percorreva la strada in senso inverso, ha riportato gravi ferite per cui fu giudicato guaribile in quaranta giorni all'ospedale S. Maria di Catania, ove fu ricoverato.

Conserva di pomodori adulterata.

La Regia Guardia di Finanza ha sorpreso presso Roma una fabbrica di « conserva di pomodori», in cui questi ultimi entravano solo per l'aroma.

Una Scuola di dietetica.

L'« Alfred Hospital » di Melbourne (Australia) ha deciso di fondare una scuola di dietetica. Il direttore sarà anche responsabile della scelta e dell'allestimento dei cibi per i ricoverati e per il personale ospedaliero.

La scuola preparerà dei tecnici per altri ospedali.

Per le trasfusioni di sangue.

Il New York Hospital ha stanziato un fondo di 20.000 dollari, pari a circa 400.000 lire, per compensare i donatori di sangue, qualora i pazienti non siano in grado di provvedere al compenso.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Bull. Ac. de Méd., 7 mag. — Souques e al. Sulla creazione di centri per la malarioterapia.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., mag. — F. Plaut. Il nuovo Istituto tedesco di studî psichiatrici a Monaco. — F. L. Wertham. Nuovo segno di affezione cerebellare. — S. E. Jeliffe. Crisi oculogire post-encefalitiche.

Ned. Tijdsch. v. Geneesk., 18 mag. — R. Brummelkamp. Neurotomia para-arteriosa, modificazione della simpaticectomia peri-arteriosa. — E. Roselaar. Elettroterapia della sciatica.

Presse Méd., 15 mag. — M. Villaret e al. Sostanze dette ipotensive tratte da certe insuline.

Gaz. d. Hôp., 15 mag. — J. Milhit e M. Dérot. Forme epatiche dell'endocardite maligna.

Journ. dos Clinicos, 15 apr. — A. Amorim. Fratture latenti della colonna vert.

Brasil-Med., 20 apr. — R. Moreira. Panplegia d'origine tossica.

Riforma Med., 11 mag. — G. Izar. Azione della lecitina sul ricambio dei carboidrati.

Arch. di Ost. e Gin., mag. — A. Tommaselli. Sulle cause che determinano il sesso.

Rev. de Méd., 3. — F. Trémolières. Diagnosi degli itteri cronici.

Lancet, 18 mag. — F. M. R. Walshe. Cancro del colon.

Mediz. Welt, 18 mag. — L. Hofbauer. Sport e tbc. — H. Ziemann. Raffreddamento e malattie da raffreddamento.

Deut. Med. Woch., 17 mag. — Richter. Terapia della gotta. — Bochardt. Patologia dell'accrescimento e dello sviluppo.

Ann. di Med. Nav. e Col., mar.-apr. — Mirone e Reitani. Eziologia della parotite epidem.

Mediz. Klinik, 17 mag. — W. Kausch. Trauma e tbc. — H. H. Schmid. Diagn. precoce e trattam. del cancro ovarico.

Minerva Med., 19 mag. — A. Luisada. Forma del respiro.

Folia Med., 30 apr. — P. M. Franco. Fattori neuro-ormonici del diabete mellito.

Scalpel, 18 mag. — A. Meyers e M. E. Meyers-Palgen. Per limitare le cause d'errori in radiologia gastro-duodenale.

Journal A. M. A., 4 mag. — E. Wiechmann. Diagnosi di coma insulinico. — M. M. Peet. Nevralgia del trigemino post-erpetica.

Riv. San. Sicil., 15 mag. — U. Soli. Tisiogenesi ed etiologia dell'infezione tbc.

Rass. Clin.-Scientif., ecc., 15 mag. — D. Giordano. Cura chirurg. della ritenz. d'orina da ipertrofia prostatica. — A. Ceconi. Ipertens. arteriosa. — A. Ferrata. Terapia epatica. — R. Alessandri. Uretere bifido e doppia pelvi in rene unico. — U. Brunelli. Assicuraz. malattie.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. Ascoli, Red. resp.

ANNO XXXVI | Roma, 24 Giugno 1929 | Num. 25

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Principio fondamentale della prova per la diagnosi differenziale fra essudati e trasudati.

Dott. Prof. FABIO RIVALTA,
Lib. Doc. Patol. Spec. Med. nella
R. Università di Bologna.

La prova per differenziare gli essudati dai trasudati da me proposta sul finire del secolo scorso è oggi di uso universale per la sua estrema semplicità e valore pratico sicuro nonostante che dalla maggior parte sia ignorato il principio fondamentale su cui essa si basa.

È appunto per chiarire tale principio, spesso richiestomi anche da Colleghi, che io mi sono indotto a pubblicare la presente nota.

Metodo di ricerca. La reazione si eseguisce in questo modo: *Si versano in un bicchiere a calice circa 200 cmc. di acqua distillata od anche comune a cui si aggiungono 4 gocce di acido acetico glaciale, cioè due gocce di acido acetico ogni 100 cmc. circa* (*invece di una sola goccia come avevo dapprima proposto*) *indi si lascia cadere nel bicchiere a fior d'acqua una goccia del liquido da esaminare.*

Se trattasi di essudato si vedrà allora, osservando per trasparenza, che la goccia nel discendere fino al fondo del calice lascia dietro di sè una bella striscia bianco-azzurrognola tortuosa che man mano si suddivide in tante striscie per il diffondersi e il mescolarsi della goccia col liquido degli strati inferiori. Il precipitato che così si forma ha il colore che assume l'acqua per l'aggiunta di liquor d'anici o, meglio, rassomiglia molto alle striscie opalescenti e tortuose di fumo che veggonsi innalzarsi dalla estremità accesa di un sigaro. Tale nubecola si ridiscioglie poi prontamente in un lieve eccesso di acido.

Se trattasi invece di trasudato, saggiando nello stesso modo non si ottiene alcun precipitato.

Qualche volta anche nei veri trasudati può aversi con questo metodo un lievissimo inalbamento appena visibile, però non mai da paragonarsi al distinto intorbidamento lattescente che caratterizza assolutamente gli essudati veri dai trasudati.

Così nel liquido ascitico da cirrosi epatica dopo ripetute paracentesi può insorgere il suddetto inalbamento appena visibile mentre che la reazione acetica le prime volte era del tutto negativa. Così pure in seguito a reiterate estrazioni di essudati pleurici o peritoneali, negli ultimi stadi, quantunque molto di rado, la reazione può attenuarsi di molto.

Si tenga anche presente la possibilità che ad un trasudato si associ un essudato o viceversa.

Nei versamenti da tumori maligni, essudati o trasudati a seconda che prodotti per irritazione o compressione, la reazione acetica può mancare, o, se esiste, si ha generalmente una reazione acetica debole e che può, nelle ultime fasi della malattia, scomparire per idroemia.

Natura della sostanza precipitante. Nello studiare la natura di questa sostanza io pel primo constatai che anche il siero di sangue umano normale dava la stessa reazione all'acqua acetica degli essudati e dalle mie ricerche confermate da analisi chimiche rigorosamente esatte, potei dimostrare che la sostanza precipitante alla suddetta prova è costituita da due globuline che normalmente trovansi nel sangue, la globulina vera o euglobulina (paraglobulina) e la pseudoglobulina, le quali per la alterazione infiammatoria delle sierose passano in gran copia nei liquidi essudati. Anche la fibrinoglobulina precipita insieme alle altre due globuline però, attesa la sua scarsa quantità, partecipa al precipitato solo in minima parte.

Principio su cui fondasi la reazione. L'effettuarsi della reazione si deve alla proprietà comune alle globuline di precipitare nell'acqua o in un mezzo neutro e quindi di ridisciogliersi coll'aggiunta di pochissimo acido od alcali. Nella reazione suddescritta abbiamo da una parte una goccia di essudato alcalino che va a cadere lentamente in un liquido leggerissimamente acidificato con acido acetico. Orbene, appena la goccia nel discendere nel mezzo acido viene perdendo della sua alcalinità fino a raggiungere il punto neutro, allora la globulina si manifesta precipitando, giacchè, come si è detto più sopra, essa è insolubile nell'acqua e nei mezzi neutri.

Nell'ulteriore discesa della goccia il precipitato di globulina man mano potrà scomparire in virtù dell'acido dell'acqua acetica che gradatamente distruggendo il suo stato neutro la rende di nuovo solubile in un mezzo debolmente acido.

Nei trasudati, ove pure non manca la sieroglobulina, la reazione non avviene perchè in questi, come dimostrai chiaramente, essa è in quantità molto minore, perciò sufficienti quei sali contenuti nella goccia di prova per tenervela disciolta anche dopo raggiunto il punto neutro perchè le globuline, come si sa, possono sciogliersi in soluzioni neutre saline allungate. Negli essudati invece i sali contenuti nella goccia che scende nell'acqua acetica diluitissima non bastano più, per la maggior quantità di globuline, a tenerle disciolte appena raggiunto il mezzo neutro e per questo appunto in massima parte precipitano.

Su altre particolarità che illustrano in modo esauriente il principio su cui si fonda la prova rimando alla lettura del lavoro fondamentale pubblicato da me nel 1905.

Per comodità delle nuove generazioni di Colleghi che non potessero consultare i miei lavori originali del 1905 e 1908 ove, oltre alla storia della scoperta e relativa priorità, si accenna anche all'utilità di questa prova di esito univoco, credo opportuno riassumere in breve tutti i casi in cui la sua applicazione può condurre ad una diagnosi differenziale.

1) *Valore diagnostico della prova.* La reazione chimica ideata per differenziare gli essudati dai trasudati ha grandissimo valore clinico per la sua sicurezza quasi assoluta e per la sua estrema facilità, potendosi colla medesima, a differenza di tutti gli altri metodi di indagine, con una sola goccia di liquido patologico, in un solo minuto, formulare esattamente la propria diagnosi differenziale.

2) La reazione data dagli essudati in presenza di acido acetico diluitissimo è dovuta al precipitare di due globuline del sangue, la globulina vera o euglobulina (paraglobulina) e la pseudoglobulina, quest'ultima contenente fosforo e con proprietà affatto differenti dalle nuclealbumine.

3) La stessa reazione si verifica pure nel siero di sangue normale, nel plasma e nel siero di plasma.

4) I trasudati non danno la reazione in presenza di acido acetico diluitissimo pel loro minor contenuto in globuline; tuttavia qualche rara volta nei veri trasudati può aversi con questo metodo un lievissimo inalbamento appena visibile, però non mai da paragonarsi al distinto intorbidamento lattescente che caratterizza assolutamente gli essudati veri dai trasudati.

5) Talvolta nel liquido ascitico da cirrosi

epatica, dopo ripetute paracentesi può insorgere alla suddetta prova un lieve inalbamento mentre le prime volte la reazione acetica era del tutto negativa. Così pure in seguito a reiterate estrazioni di essudati pleurici o peritoneali, negli ultimi stadi, quantunque molto di rado, la reazione può attenuarsi di molto. Si tenga anche a mente la possibilità che a un trasudato si associ un essudato o viceversa.

6) Nei versamenti da tumori maligni, essudati o trasudati, a seconda che prodotti per irritazione o compressione, la reazione acetica può mancare, o, se esiste, si ha generalmente una reazione acetica debole e che può, nelle ultime fasi della malattia, scomparire per idroemia.

7) Prescindendo dai soliti trasudati ed essudati pleurici, pericardici, peritoneali e dai trasudati cutanei, degli altri liquidi esaminati in vita da me non dettero la prova positiva: il liquido di idrope della cistifellea, il liquido amniotico normale e dell'idramnios, il liquido di cisti paraovariche del legamento largo, il liquido di cisti da echinococco (non suppurate e senza emorragie) e di idronefrosi (non suppurate), il liquido cefalorachideo normale e patologico (meningocele, meningite tubercolare, probabilmente anche l'idrocefalo acuto e cronico) ed infine il liquido dell'idrocele essenziale del testicolo negli adulti e nei vecchi, ove però può anche aversi una reazione acetica debole.

Invece la reazione fu positiva nell'idrocele della vaginale del testicolo dei bambini, nel liquido della vaginale del testicolo e peritoneale in caso di ernia strozzata, nelle cisti sierose del funicolo spermatico e sopratutto nelle cisti ovariche, ove la reazione fu sempre spiccatissima e di aspetto lattescente.

Se ulteriori studi riscontrassero in questi casi enumerati un qualche raro reperto contradditorio non sarebbe perciò da credersi infirmato il valore della prova stessa, la quale anzi, pure in questi casi, servirebbe a recar luce sulla fisiopatogenesi del liquido esaminato.

Roma, maggio 1929.

Riassunto.

L'A. descrive il principio fondamentale sul quale si basa la reazione che porta il suo nome e che già da parecchi lustri è usata quotidianamente a scopo diagnostico in tutte le Cliniche ed Ospedali di ogni nazione civile ed anche dai medici pratici. Tale prova ideata dall'A. ha grande valore clinico e fisiopatogenetico e serve in maniera facile, sicura e rapida per stabilire la diagnosi differenziale fra Trasudati ed Essudati.

BIBLIOGRAFIA.

La bibliografia sull'argomento trovasi ampiamente riportata nella memoria completa uscita nel 1905 fatta eccezione di alcuni nomi (Gramegna, Lotti, Spolverini) citati solo nel corpo del lavoro. Riferiremo perciò solo le pubblicazioni uscite posteriormente a quella data.

Rivalta F. Policlinico, Sez. prat., 1904, n. 4; Policlin. Sez. Med., vol. XII, n. 10 e 11, anno 1905, lavoro completo; Berliner Klin. Wochenschrift., n. 12, 1908 (priorità).

W. Ianowski, Berlin Klin. Woch., n. 44, p. 1412, 4 nov. 1907; Policlinico, Sez. prat., n. 28, anno 1908.

Etienne. Province Médicale, n. 20, 1908 (Dal Policl. Prat., 1909, pag. 49).

Landolfi. Rivista crit. di Clin. Med., 21 ottobre 1905; Il Tommasi, 1906, n. 7.

Romanelli G. Gazzetta degli Ospedali, 1908, pagina 975.

Galletta V. Policlin., Sez. Med., 1908, n. 7, 8, 9.

Alonzo G. Riforma Medica, 1909, pag. 292.

Finkelstein L. Berlin Klin. Woch., 1909, pagina 807. (Relazione sulla reazione di R. alla Società Medica di Kiew).

Lautier *R.* Bordeaux, Sémaine Méd., 1909, p. 360.

Barbier de La Serre. *La Réaction de Rivalta en Clinique médicale.* Tesi di Bordeaux, 1909.

Breccia G. Gazzetta Ospedali, 11 novembre 1909.

Reale E. Folia Clinica Chimica et Microscopica, novembre 1909.

Gesellschaft f. inn. Mediz. Wien, 13 Mai 1909. (Folia clin. chim. et microscopica, 1910, febbraio, pag. 77).

Gazzetta Ospedali, 5 aprile 1910, pag. 437.

Romanelli. Giornale degli Autoriassunti, 1909, n. 45.

Policlinico, Sezione prat., 1010, pag. 539.

Ibid., Archivio 1909, pag. 315 e seg., Sez. Med.

Popper e Nak. Riforma Medica, 1910, pag. 753.

Breccia. Rivista Crit. di Clin. Med., 1910, pagina 528.

Barberio. Policlinico, Sez. med., 1911, pag. 322.

Galletta. Clin. Med. Ital., 1911, n. 3.

Oppenheim et Crepin. Progrès Médical., p. 493, 1911.

Zentralbl. f. inn. Med., n. 1232, anno 1911.

Connio. Annali dell'Istituto di Maragliano, gennaio-aprile 1911.

Morelli. Policlinico, Sez. prat., p. 574, 1912.

Martiri. Folia Clin. Chim. et micros., 31 marzo 1912, pag. 1 e seg.

M. A. Javal. Sém. Méd., p. 227, 1912; Gazz. Ospedali, p. 741, 1912.

Merklen, Regnard et Bouvalet. Gaz. des Hôpitaux, n. 73, 1912; Ber. Kl. Woch, p. 1529, 1912; Gazz. degli Ospedali, 31 ottobre 1912, Rif. Med., 1257, 1912.

Mosny, Javal e Dumont. Rif. Med., pag. 1003, 1912; Gazz. Ospedali, pag. 1105, 3 settembre 1914.

Ravenna. Folia Clin. Chim. et Micr., 30 apr., pag. 74, 1912.

VECCHI. Gazz. Med. It., 23-24, 1912.
MAIOLO. Congresso di Med. Int. di Roma, 1912.
FERRANNINI A. Il Tommasi, p. 695, 1912.
W. IANOWSKI. Revue de Médecine, sett. 1912; Zentralbl. f. inn. Med., 1912, p. 1209; Gazz. Ospedali, pag. 319, 1913.
MORELLI. La Clin. Med. It., 1913, pag. 26.
DE MARCHIS. Policlin., Sez. Prat., p. 1680, 1912.
Sémaine Medicale, pag. 350, anno 1913.
Gazzetta d. Ospedali, pag. 852, 1913.
BERTHET I. *La réaction de Rivalta*, ecc. Thèse de Paris, 1912-1913.
BARBERIS. Riforma Medica, p. 1178, anno 1913.
GILBERT et VLLARET. Sém. Méd., p. 240, 1913.
VILLARET. Journal de phys. et de path. gén. 1913, n. 3. Rivista Ospedaliera, pag. 1061, 1913.
MALAU G. Gazz. Ospedali e Clin., n. 5, 1914.
K. UJIKARA. Clin. Med. di Tokio; Berlin Klin. Woch., n. 24, 1914; Gazz. Ospedali, 6 agosto 1914, pag. 990; Riforma Med., p. 1287, 1914.
TOSI. Gazz. Internaz. di Med. Chir. Ig., 3 ottobre, 1914. Riassunto nella Riv. crit. di Clin. Med., p. 93, 1915.
MAIOLO. Policlinico, Sez. Med., pag. 323, 1916.
ALZONA. Ibid., Sez. Prat., n. 42, 6 ottobre 1922.
P. MERKLEN. Le monde médical, juin 1919, pagina 161.
BORGHERINI-SCARABELLIN A. Policlinico, Sez. Pratica, pag. 607, 1924.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE « UMBERTO I » - FROSINONE
Dirett. e Prim. chirurgo: Prof. GIULIO CAULI.

Le flogosi acute del mesentere

Casistica clinica

pel dott. CESARE MASSETTI, assistente.

Nei trattati di chirurgia anche più recenti la patologia del mesentere per quanto si riferisce alle flogosi acute è del tutto trascurata. E mentre non mancano trattazioni relativamente ampie per quanto riguarda i tumori, le cisti, le forme croniche di mesenterite, e la mesenterite cronica retraente non è fatto cenno delle flogosi acute mesenteriali.

Anche in importanti monografie l'argomento delle flogosi acute del mesentere viene appena accennato. Ricorderò che in una recentissima pubblicazione del Faccini « La Patologia chirurgica del mesentere » con la quale l'autore ha voluto riunire in un tutto organico quanto riguarda la patologia del mesentere, alle flogosi acute non sono dedicate che poche facciate della pregevolissima pubblicazione. Ciò è in parte dovuto al fatto che per una interpretazione che non può essere considerata esatta il quadro delle flogosi acute mesenteriali viene riportato a quello delle peritoniti parziali.

In un mio lavoro di imminente pubblicazione « Le Flogosi acute del mesentere » (Società editrice « La Tipografica », Frosinone) ho avuto occasione di dire quanto erronea sia questa interpretazione ove i processi flogistici a carico del mesentere si considerino dal punto di vista anatomico e clinico. E a quella rimando quanti avessero interesse all'argomento per quello che si riferisce ai dati sperimentali e alle osservazioni cliniche. In questa rivista mi limito a render noto i casi clinici osservati e credo di far cosa utile in quanto si tratta di forme morbose delle quali sarebbe vano — ripeto — cercar notizie nei Trattati e per le quali anche la casistica, per quanto io mi sappia, non è numerosa.

CASO I. — L. A. di anni 40, da Ferentino, viene ricoverato in Ospedale la sera del 9 gennaio 1922. Non presenta precedenti morbosi degni di nota. Sembra che da poco tempo abbia sofferto una infezione tifica; dal giorno 7, verso sera, cominciò a sentire forti dolori all'addome accompagnati da vomito. Il giorno dopo si purgò senza effetto, anzi vomitò il purgante.

La sera del 9 al momento del ricovero in Ospedale presentava: addome alquanto disteso, anse qua e là delimitabili con la palpazione; scarso il dolore alla pressione e più pronunziato nella fossa iliaca di destra ove era pure abbastanza netto il sintoma di Von Wahl. Alvo chiuso. Polso 108. Vomito raro. La mattina del 10 miglioramento subbiettivo dopo avere avuto una scarica fecale. Le condizioni locali sono invariate, solo si è aggiunta la presenza di liquido libero endoaddominale (ottusità mobile nei punti declivi). Il malato ed i parenti rifiutano ancora l'atto operativo. La sera del 10 peggioramento locale e generale, aumento di versamento libero, anse paralizzate, addome disteso, scomparso il sintomo di Von Wahl. Polso 125-130; vomito. Facies addominalis. Intervento finalmente accettato la sera del 10 alle 21. Narcosi. Laparatomia mediana sottombelicale, versamento siero ematico abbondantissimo (circa un litro e mezzo), anse del tenue distese, paralizzate, iperemiche. Dirette le ricerche verso il piccolo bacino a destra si trova che l'ultima ansa del tenue è strangolata da una briglia sottile, lunga dieci centimetri circa, tesa dall'angolo ileocecale verso la parete anteriore dell'addome ma fissata all'ansa del tenue strozzata. Il meccanismo di strozzamento era determinato dalla trazione della briglia che formava come la corda di un arco ed anche dalla pressione sui tratti dell'ansa strozzata e sulla quale la briglia si accavalcava in più punti. Il mesentere presentava la caratteristica della mesenterite retrattile.

Sezione della briglia. Chiusura dell'addome a strati. Esito in guarigione.

Il caso riportato si inquadra evidentemente fra gli esiti di una flogosi acuta mesenteriale ma ci è sembrato interessante riferirlo perchè sta a dimostrare che assai spesso le flogosi acute del mesentere passano inosservate o quasi e la loro esistenza è poi in secondo

tempo messa in evidenza, qualche volta bruscamente e violentemente, dagli esiti del processo flogistico.

CASO II. — D. P. Quirino, di anni 18, da Veroli. Viene ricoverato nel nostro Ospedale il 30 aprile 1925 con diagnosi di ulcera della prima porzione del duodeno. L'esame radiografico conferma la diagnosi clinica e rileva che si iniziano la stenosi e l'ectasia gastrica. Nulla di notevole nella anamnesi. Da circa un anno il paziente presenta disturbi nella digestione che si riferiscono perfettamente alla ulcerazione del duodeno da cui è affetto e per i quali la cura medica non ha dato risultato alcuno.

Il 1° maggio, gastrodigiunostomia alla Von Hacker. Decorso post-operatorio normale fino alla dodicesima giornata. Il paziente era già a vitto solido quando in dodicesima giornata presenta vomito abbondante di liquido biliare. Sospettando una semplice ipersecrezione si ritorna al vitto liquido e per due giorni non si ha più vomito. Poi questo si ripresenta più violento ed ostinato e non cede nè alla dieta nè alle lavande gastriche: inoltre si nota stipsi ostinata. Si pensa allora alla possibilità di una stenosi dell'anastomosi. Si eseguisce il 17 maggio un nuovo esame radiografico il quale mostra la impervietà della stomia ed ectasia irregolare dello stomaco e di parte del duodeno.

Il 18 maggio nuovo intervento. Appaiono aderenze alla parete addominale di tutto un blocco costituito dallo stomaco, dal colon trasverso, dall'ansa anastomotica e dall'epiploon. Si distaccano le aderenze e si trova che si è costituita una mesocolite retrattile che strozza l'ansa anastomotica ed il colon trasverso e raccorcia l'ansa digiunale afferente che è ridotta appena a metà della lunghezza originaria. Si pratica una anastomosi fra le due branche dell'ansa del digiuno riuscendo però con fatica a trovare stoffa sufficiente sul tratto afferente. Il mesocolon era trasformato in una raggiera di cordoni duri decorrenti paralleli ai vasi sanguigni e costituenti un cingolo fibroso intorno all'ansa digiunale. Morte nella notte successiva con sintomi di chock operatorio.

Può meravigliare, in questo secondo caso, la rapidità (12 giorni) con la quale il processo flogistico ha conglomerato, per così dire, con le sue salde e numerose aderenze lo stomaco, il colon trasverso, l'ansa anastomotica e l'epiploon tanto da costituirne tutto un blocco con lesioni ancora più gravi ed intense sul mesocolon che apparve, nel secondo intervento, strozzato come strozzata apparve l'ansa anastomotica con raccorciamento accentuatissimo dell'ansa digiunale afferente.

CASO III. — R. D., di anni 39, da Prossedi, ricoverato in Ospedale la sera del 13 ottobre 1927 con diagnosi di « sindrome addominale ».

Nell'anamnesi di questo malato mancano precedenti morbosi degni di nota. Il paziente dice di aver goduto sempre buona salute; ha sofferto soltanto infezione malarica che di tanto in tanto recidiva. L'attuale malattia rimonta a 15 giorni prima dell'ingresso in Ospedale ed è stata caratterizzata da febbri a tipo continuo remittente, scariche diarroiche nei primi giorni, alvo chiuso nell'ultimo periodo, dolori addominali esacerbantesi ad intervalli vari di tempo; decadimento rapido delle forze.

E. O. Individuo con regolare sviluppo scheletrico, un po' anemico con masse muscolari valide. Negativo l'esame del torace. Quello dell'addome è reso difficile da una tensione grandissima di tutta la parete addominale che impedisce la palpazione degli organi profondi. La percussione mostra il fegato nei limiti normali, la milza debordante circa tre centimetri dall'arcata costale. Alvo chiuso da tre giorni. Non vomito; non singhiozzo; polso 80; temperatura ascellare 36. Si trattiene in « osservazione ». Dopo circa due ore del ricovero in Ospedale quasi d'improvviso il quadro clinico muta rapidamente imponendo l'intervento immediato. I dolori addominali, che il paziente diceva essersi attenuati rispetto a quelli sofferti nei giorni precedenti, diventano violentissimi, il polso sale a 100, sudore freddo, vomito fecaloide.

Narcosi cloroformica. Laparotomia mediana. Scarso essudato sieroso nel peritoneo, anse del tenue arrossate. Appare fra le pagine del mesentere una tumefazione della grandezza di una testa di feto. La superficie del meso è tesissima e ridotta ad uno strato sottilissimo. Incisione del meso previo sbarramento tutto intorno alla linea di incisione. Si dà esito a circa un litro di un liquido siero purulento fetidissimo. Zaffo alla Mikulicz. Nei primi giorni seguenti all'operazione lievi elevazioni termiche con un massimo di 37,6. Poi apiressia completa. In sesta giornata si tolgono in parte gli zaffi applicati subito dopo l'intervento e questi si rimuovono completamente in ottava giornata. Il 13 novembre l'infermo è dimesso dall'Ospedale perfettamente guarito.

Abbiamo occasione di rivedere il paziente un anno circa dopo l'intervento. Sta bene. Attende senza disturbi di sorta al suo lavoro di contadino, solo da qualche tempo avverte senso di dolenzia allo epigastrio. Non è da escludersi che tali sensazioni siano in rapporto a fatti cicatriziali profondi e a retrazioni in relazione alla grave suppurazione sofferta e che nel paziente si vada delineando la sindrome della mesenterite retrattile o sclerosante.

Nel caso sopra riferito pur mancando dati anamnestici precisi — nè la mentalità del malato ci ha permesso di averne di più esatti — possiamo ritenere che a carico del tenue vi sia stato primitivamente un processo flogistico (di qui i sintomi a carico dell'intestino riferiti dall'infermo). La flogosi mesenteriale quindi, assai verosimilmente, è stata secondaria a fatti ulcerativi a carico dell'intestino. Ciò spiega l'odore fecaloide del pus raccolto fra le pagine del mesentere e la presenza in esso del B. coli. Ricordiamo che in questo caso la enorme raccolta purulenta si era formata senza che nessun sintoma di peritonite insorgesse e quando i sintomi peritoneali insorsero furono dipendenti da esclusione estrinseca del tenue per fatto puramente meccanico.

Caso IV. — D. S., anni 11, da Frosinone.

Viene ricoverato in Ospedale la sera del 10 febbraio 1928 con diagnosi di ascesso peritiflitico di origine appendicolare. Mancano dati anamnestici degni di nota. Da quattro giorni febbre a tipo irregolare. Dolori addominali prima diffusi a tutto l'addome poi riferiti specialmente al quadrante inferiore di destra; conati di vomito.

E. O. Sviluppo scheletrico deficiente, masse muscolari flaccide ed ipertoniche, pallore della cute e delle mucose. Negativo l'esame del torace. L'addome si presenta lievemente tumefatto e meteorico. Milza molle debordante due centimetri dell'arcata costale. Fegato nei limiti normali. La palpazione dell'addome provoca in genere dolore più accentuato sulla fossa iliaca di destra dove si percepisce un piastrone che occupa quasi tutta la fossa iliaca stessa. La percussione dà suono ottuso in corrispondenza della tumefazione descritta. Temperatura ascellare 38. Polso 98. Singhiozzo; lievi conati di vomito. Intervento immediato.

Narcosi cloroformica, Incisione di Jalaguier. Aperto il peritoneo appare un modico versamento siero ematico. Anse del tenue di colorito rosso vinoso; salde aderenze tra queste ed il cieco che appare iperemico di colorito rosso-cupo, ricoperto da essudato fibrino purulento. La pagine ventrale del mesenterio, in corrispondenza dell'ultima porzione del tenue appare tesa, lucida, ricoperta anche essa di essudato fibrinoso sede di una tumefazione della grandezza di un grosso uovo di tacchino. Incisione. Si dà esito a del pus di odore fecaloide misto a sangue. Sbarramento del peritoneo. Zaffo.

Decorso post-operatorio buono. Per tre giorni la temperatura oscilla tra i 38 e i 38,8. Poi in quarta giornata caduta della febbre. Nulla di notevole nel decorso ulteriore. Il paziente il 1° marzo viene dimesso guarito dall'Ospedale.

La diagnosi clinica di ascesso peritiflitico di origine appendicolare si imponeva nel caso riferito, mentre l'intervento mostrò che la raccolta purulenta si era andata formando tra le pagine del mesentere. Le alterazioni a carico del cieco e dell'appendice ci dicono con sicurezza che origine della flogosi mesenteriale, che si è andata poi evolvendo verso la forma ascessuale, debba ricercarsi appunto in dette lesioni. Il che ci porta a considerare come sia difficile la diagnosi tra alcune forme di mesenteriti acute e le periappendiciti o le perisigmoiditi ma per la mesenterite elemento di giudizio al quale non può certo darsi valore assoluto ma che ha sempre, senza dubbio, una grande importanza, è la scarsa reazione del peritoneo e quindi la tenuità dei sintomi di peritonismo.

Caso V. — S. M., di anni 16, da Torrice, contadino.

Ricoverato in Ospedale il 4 settembre c. a.

Il paziente è infermo da otto giorni. Ha avvertito all'inizio senso di dolenzia all'addome, sensazione questa che nei giorni seguenti si andava sempre più accentuando di intensità fino a divenire insopportabile. La sera lievi elevazioni termiche. Diarrea profusa (otto-dieci scariche al giorno) con abbondante muco e, a dire dell'infermo, di colorito nerastro.

Mancano precedenti morbosi personali e familiari degni di nota. Non si sono potuti raccogliere elementi più precisi circa l'inizio e il decorso della forma morbosa.

E. O. — L'infermo ha l'aspetto di persona assai sofferente; normale lo sviluppo scheletrico, pannicolo adiposo scarso quasi mancante, cute e mucose pallidissime, masse muscolari ipotoniche. Nulla di notevole all'esame del torace. L'esame dell'addome mostra in corrispondenza dei due quadranti inferiori netta difesa addominale. Già l'ispezione mostra che la regione ipogastrica è bombée; con la palpazione si percepisce una tumefazione della grandezza di un grosso arancio con sede pressochè centrale a margini indistinti. I quadranti superiori sono trattabili. Non vomito, non singhiozzo. Minzione frequente e dolorosa. Al momento del ricovero dolore vivo alla regione ipogastrica subito dopo al disopra del pube. Il paziente non orina da circa cinque ore. Il cateterismo mostra la vescica vuota. Polso 90. Temperatura ascellare 37,8.

Narcosi cloroformica. Laparotomia mediana ombelico-pubica. Modico versamento sieroso nel peritoneo. Anse del tenue di colorito rosso vinoso con scarso deposito di fibrina. Rimosse con ogni cautela le anse del tenue la superficie ventrale del mesentere appare tesa, lucida di colorito rosso cupo. È qui la sede della tumefazione. Una più diligente ispezione mostra una infiltrazione flogistica a limiti indistinti della grandezza sopra riferita che occupa lo spazio compreso fra le due pagini mesenteriali. Si praticano due punture esplorative. Non si estrae pus ma sangue. Si è ancora allo stato di infiltrazione flemmonosa. Zaffo centrale in corrispondenza del punto più sporgente della tumefazione descritta. Accurato sbarramento tutto intorno alla tumefazione con quattro zaffi distinti. Il paziente presenta un decorso post-operatorio ottimo. Decrescono sino a scomparire in quarta giornata i fenomeni febbrili, scompaiono i disturbi nella urinazione. La tumefazione si va sempre più riducendo sin quasi a scomparire. In sesta giornata si toglie lo zaffo centrale in rapporto alla superficie mesenterica sulla quale erano state in precedenza praticate le punture esplorative. In nona giornata gli zaffi laterali vengono rimossi e sostituiti. Il 10 ottobre il paziente viene dimesso e guarito.

Dovremmo concludere in base a questa osservazione clinica, che anche allo stato di infiltrazione flemmonosa senza formazione di essudato l'intervento debba essere il metodo di elezione in quanto annulla i pericoli gravissimi dell'attesa e rende più rapido il processo di guarigione impedendo, o rendendo minimi, gli esiti cicatriziali che tanta grande importanza assumono nella patologia del mesentere per le sindromi gravissime alle quali possono dar luogo tardivamente.

OSPEDALE CIVILE DI ASOLO.

Un caso singolare di chirurgia addominale.

Prof. OTTORINO TENANI,
chirurgo-direttore e docente.

All'Ospedale di Copparo entrò d'urgenza il giorno 2 febbraio 1925 (n. 741 della statistica) certo S. G., di anni 12, che poche ore prima era caduto dall'alto d'un fienile battendo il ventre sul timone d'un carro.

Egli presentava tutti i sintomi di una grave contusione addominale. Non vi era ecchimosi cutanea, nè ematoma sottocutaneo, ma un dolore vivissimo, acuto in corrispondenza dell'addome destro, esacerbantesi sotto la pressione, contrattura della parete, polso piccolo e frequente (130), respiro corto e affannoso, modico meteorismo e sopratutto un pallore iupressionante della cute e delle mucose visibili; la temperatura era normale.

Fatta diagnosi di grave shock addominale da percussione, con probabile lesione viscerale ed emorragia interna, constatando che le condizioni si aggravavano a vista d'occhio, operai d'urgenza il malato.

Sotto anestesia eterea praticai un taglio laparotomico sottombelicale; aperto il peritoneo, non vidi nessuna traccia di sangue libero nè di contenuto intestinale in cavità, senonchè nelle manovre di scostare la matassa del tenue che cercava di eviscerarsi, mi colpì la visione di una raccolta ematica estendentesi dal cieco lungo l'ascendente fino a metà del trasverso.

Detta raccolta era liquida, aveva il suo massimo volume attorno al cieco dove aveva l'aspetto di una bozza della grandezza di un piccolo arancio, per diminuire gradatamente in alto; più precisamente era localizzata posteriormente ed ai lati del cieco, del colon ascendente e del trasverso, fra le pagine del meso che reggeva detti segmenti del colon.

Praticato un ampio occhiello nel peritoneo del fondo del cieco in corrispondenza della bozza suddescritta, diedi esito alla raccolta sanguigna, ma quale fu la mia sorpresa nel vedere che l'emorragia continuava a provenire dall'arteria appendicolare che era totalmente sezionata.

Messo un laccio emostatico sul vaso che mi parve avesse un calibro più grosso dell'ordinario, fatta un'accurata toilette del focolaio emorragico, che avevo messo più ampiamente allo scoperto, spremuto verso l'apertura declive cautamente con tamponi di garza tutto quanto potei del sangue raccolto lungo il colon, cessata l'emorragia, mi rivolsi all'appendice che aveva questa disposizione patologica: era cioè corta, di aspetto edematoso, ritorta, con meso corto, aderente per buona parte del suo apice al peritoneo parietale esterno della fossa iliaca.

Distaccata dalle sue aderenze ed asportata l'appendice, assicuratomi che l'emorragia era domata, esplorato il resto della cavità addominale per vedere se vi erano altre lesioni viscerali, tamponai il focolaio emorragico e chiusi parzialmente a strati la parete.

Decorso post-operatorio normale e guarigione perfetta per seconda in 18 giorni.

La singolarità del caso è data dalla sorgente dell'emorragia perchè per quante ricerche abbia fatto in bibliografia non sono riuscito a trovare un'osservazione uguale alla mia.

La patogenesi di questa complicanza emorragica, che assurgeva a sintomo dominante di tutta la sindrome traumatica, mi pare che si possa razionalmente spiegare con le particolari condizioni patologiche predisponenti nel nostro soggetto. E cioè da un lato la presenza anomala del meso-cieco e l'abnorme lunghezza del mesocolon ascendente, dall'altro la speciale disposizione dell'appendice ammalata.

Pensando infatti che il trauma abbia agito su tutta l'estensione della cavità addominale, se non proprio sulla metà destra dell'addome, il che non fu possibile accertare bene perchè il paziente nulla ricordava di quanto gli era successo durante l'incidente, si può logicamente supporre che il brusco e violento aumento della pressione addominale, spostando fortemente anche il cieco più libero che di norma in virtù del suo meso, abbia fatto esercitare dal cieco stesso un'abnorme trazione sull'appendice la quale, fissata da aderenze al peritoneo parietale, non aveva ceduto, mentre il suo meso ispessito si era lasciato distendere oltre la norma senza rompersi ed in seno ad esso era avvenuta la lacerazione dell'arteria.

Nella storia del nostro paziente, che potemmo raccogliere dai famigliari dopo l'operazione, figuravano pel passato alcune crisi addominali dolorose, ma per deficente spirito d'osservazione queste erano state trascurate; d'altronde la biopsia e l'esame anatomo-patologico dell'appendice deponevano ben chiaramente per un processo infiammatorio dell'organo stesso.

La sindrome emorragica si era svolta in perfetta analogia con quella della rottura dei vasi mesenterici e mesocolici e certamente, sebbene « parva favilla », avrebbe portato a morte il paziente, se non fossi intervenuto a tempo.

NOTE E CONTRIBUTI

Metodi di cura antirabbica Fermi e Phillips.

Prof. CLAUDIO FERMI.

Secondo Dubrowinski (1), Boeker e Gaglasow, il vaccino Phillips sarebbe più duraturo, più facilmente trasportabile e più prontamente usabile, non solo dei vaccini Calmette, Harris, ecc., ma pure del vaccino fenicato Fermi.

Ora, se è indubitato che il vaccino Philips è più duraturo, trasportabile e pronto per l'uso del vaccino Calmette, non è affatto vero che sia più duraturo, trasportabile del vaccino Harris, che dicesi durevolissimo e trasportabilissimo e non è poi, per alcuno dei tre requisiti suddetti, superiore al vaccino fenicato Fermi e ciò:

1) Perchè ho dimostrato sperimentalmente che, se la glicerina conserva più a lungo la virulenza al virus fisso ne diminuisce, peraltro, più rapidamente il suo potere vaccinante che non il fenolo. Non so poi se i detti AA. hanno conservato anche il mio vaccino in ghiacciaia, come il glicerinato; poichè, come si sa, a 3-4° C. i vaccini durano di più che a 15-18° C.

2) Perchè il vaccino fenicato Fermi è più rapidamente preparabile e più facilmente confezionabile e trasportabile del vaccino Phillips. Basta confrontare il modo di preparazione e l'uso dei due vaccini, per convincersene. Infatti:

Vaccino Fermi: Virus fisso 5 % in fenolo 1 %, una iniezione al giorno per 15-20 giorni, anche per tutti i morsicati gravi o leggeri.

Vaccino Phillips: *a*) Emulsione madre 1 parte di virus fisso in 10 parti di glicerina:

b) distribuzione in fialette di 1-3-5-10 cmc. (occorrono intanto fialette di quattro capacità diverse!);

c) le fialette si chiudono in provette (contenenti pirogallato potassico) con tubi di gomma e si conservano in ghiacciaia a — 2, — 4° C.;

d) bottigliette contenenti soluzione fisiologica sterile in ragione di 20 volte il volume dell'emulsione e quindi 7 bottigliette contenenti 60 cmc. di detta soluzione.

Ora, potrebbe il metodo essere più complicato di così nella preparazione, nel trasporto e nell'uso?

Non potendosi iniettare l'emulsione madre di vaccino in glicerina concentrata e necessitando perciò di prepararne le soluzioni figlie al momento dell'uso costituirà ciò una maggior praticità del metodo?

E la conservazione in ghiacciaia — 2, — 4° C. non è notoriamente dannosa?

(1) DUBROWINSKI. Vortrag auf dem IX, Altruss. Kongress der Bakteriologen, etc.; Centr. f. Bakt. I. Abt., 1 luglio 1927, Heft 1/3.

Ancor più complicato è il metodo Phillips nelle modificazioni introdottevi agli Istituti di Berlino e Breslavia. Infatti, mentre il metodo originale Phillips, secondo viene riferito a pag. 336 del trattato di Kraus, Gerlacn e Schweinburg, sarebbe il seguente:

15 mgr. di virus fisso in 0,10 cmc. di glicerina diluita vengono conservati a — 2° C. sino a + 9 per vari mesi all'oscuro.

Di questo vaccino se ne inietta 0,1 cmc. + 2 cmc. 0,5 % fenolo e ciò per 11-19 giorni la stessa quantità.

All'Istituto invece di Breslavia si emulsionano 15 cmc. di virus in 85 cmc. di glicerina; oppure si aggiunge al peso di un encefalo di coniglio, 6,6 volte il peso di glicerina. Si distribuisce in piccole bottiglie e si conserva in ghiacciaia.

Tutti i giorni per 20 giorni se ne iniettano 2 cmc., ma in 20 diluizioni diverse, cioè dall'1:200 all'1:20.

All'Istituto di Berlino poi si emulsiona un encefalo in 9 parti di glicerina ed al momento dell'uso si diluisce all'1:25.

Si principia coll'iniettare 0,25 cmc. per passare poi a 0,5-0,75-0,75-1,25-1,25-2-0,75-0,75-0,75. In tutto 90 mmg. di virus fisso.

Ecco, del resto, che cosa pubblicano al riguardo i proff. Lubinski e Prausnitz (1):

« Lo scopo della cura a domicilio è stata perseguita dai metodi Harris, Phillips e Fermi. La preparazione del vaccino disseccato Harris è molto complicata e Phillips conserva il vaccino della glicerina ed in assenza di ossigeno ».

« La durata dell'efficacia dell'emulsione glicerinata madre, raggiunge un minimo di 8 mesi; *al contrario quella della emulsione diluita dura al massimo una settimana divenendo pure completamente inattiva*. Anche della breve durata dell'efficacia del vaccino questo metodo non risponde alle condizioni volute. *Parimenti la soluzione madre, se non è tenuta completamente a riparo dall'ossigeno, diviene avirulenta in una settimana* ».

« *Il metodo Fermi sembra superiore. Questo metodo soprattutto in questi ultimi anni, ha avuto una grande diffusione ed è attualmente adottato in numerosi Istituti con eccellenti risultati* ».

(« Dieses Ziel erstreben die weiter oben bereitz geschilderten Verfahren von Harris, Phillips und Fermi. Harris verarbeitet das Virus zu einem Pulver, das sich monatelang wirksam erhält. Die Herstellung der Emulsion ist jedoch sehr kompliziert, Phillips konserviert, wie bereits gesagt, durch Zusatz von Glycerin und Aufbewahrung unter Sauerstoffabschluss. Die

(1) LUBINSKI e PRAUSNITZ. Lissa 1926, pag. 124.

« Haltbarkeit der konzentrierten Stammlösung be-
« trägt mindestens 8 Monate; für die verdünnten,
« gebrauchsfertigen Lösungen wird als längste
« Frist eine Woche angegeben, aber selbst in die-
« ser kurzen Zeit soll, besonders in der heissen
« Jahreszeit, das lebende Virus zuweilen schon
« vollkommen zerstört sein. Die Methode ent-
« spricht daher nicht den oben ausgeführten For-
« derungen, da die Haltbarkeit der gebrau-
« chsfertigen Lösungen viel zu kurz ist und auch
« die haltbarere Stammlösung, wenn der Sauer-
« stoffabschluss nicht vollkommen ist, in kurzer
« Frist unwirkasam wird.

« Besser scheint das von Fermi vorgeschlagene
« und von ihm in Sassari durchgeführte Verfah-
« ren. Die Konservierung erfolgt durch Carbol-
« zusatz ».

« Die Methode hat in den letzten Jahren eine
« grössere Verbreitung gefunden und wird heute
« in zahlreichen Instituten mit gutem Erfolge
« benutzt »).

Riguardo all'efficacia, Isabolinski e Zeitlina avrebbero ritenuto il metodo Phillips più efficace, avendo col metodo Phillips salvato un coniglio su 5 infettati per via subdurale e nessuno con i metodi Harris e Fermi.

Ora, ai risultati dei due autori russi non parmi possa attribuirsi valore probativo per le seguenti ragioni: 1) perchè furono ottenuti da sole 3 esperienze, istituite soltanto su 5-6 animali per ciascuno dei 3 vaccini; 2) perchè anche col metodo Phillips si è salvato un solo animale; 3) perchè si è sperimentato su conigli infettati sottodura, e sappiamo come siano sempre stati contraddittori i risultati ottenuti da simili esperienze.

Pure il Pasteur aveva pubblicato che di 11 cani da lui trattati col suo classico metodo si erano salvati tutti, ma viceversa, nessuno potè confermarlo. Infatti, dei 12 conigli trattati previamente dal Frisch col metodo Pasteur ed infettati poscia subduralmente di virus di strada, soccombettero tutti.

Soccombettero pure tutti gli altri 27 conigli e i 3 cani trattati dal Frisch; i 16 conigli e gli 8 cani trattati dall'Högyes, come pure tutti i numerosi conigli trattati come sopra da Celli, e de Blasi e previamente infettati sottodura.

Lo stesso risultato ebbero Kraus, Keller, Clairmont, Fermi, ecc.

4) Perchè i due predetti autori col metodo Phillips non hanno trovato anticorpi negli animali vaccinati, mentre si trovano negli animali e uomini trattati col vaccino fenicato.

5) Perchè, con altre emulsioni di sostanza nervosa fresca in glicerina (metodo Calmette-Remlinger) si salvarono tutti e 4 i conigli.

6) Perchè secondo Glousmann (Karkow), mentre di 12 conigli trattati col vaccino Fermi, nessuno ammalò, invece di 17 trattati col metodo Högyes Phillips per 10-20-26 giorni, ben 10 soccombettero di rabbia.

7) Perchè gli Istituti di Berlino e Breslavia che usano il metodo Phillips non ottennero, nè ottengono affatto brillanti risultati.

Infatti, la mortalità totale a Berlino ed a Breslavia è del 3,6 ‰; e, secondo Meyer e Moser, persino del 7 ‰ (1).

8) Ecco, del resto che cosa scrivono i professori Lubinski e Prusnitz:

« I risultati, che noi abbiamo potuto constatare
« in tre anni non sono in nessun modo *peggiori*
« *di prima* ».

(Die Erfolge, die wir in nunmehr fast 3 jähriger Beobachtung erzielen konnten, sind in keiner Weise, schlechter als früher).

ESPERIENZE.

Per decidere la quistione ho istituito 10 diverse esperienze comparative su muridi infettati previamente, parte di virus fisso e parte di virus di strada, e poscia li ho trattati, parte con vaccino glicerinato, parte con vaccino fenicato e parte con vaccino glicerinato e fenicato, preparati da 30 a 60 giorni ad un tempo.

Riassumerò le esperienze ed i risultati, consegnati in 10 tabelle, brevemente come segue:

Esperienza I. — (25 aprile 1927): cinque sorci albini, previamente infettati di virus fisso sottocute, furono trattati con 2 iniezioni al giorno per 5 giorni con 0,25 cmc. di virus fisso 5 % al fenolo 1 % preparato da 30 giorni.

Risultato. — 3:5 degli animali sopravvissero. Altri 5 sorci albini infettati come sopra, ma di virus di strada furono trattati con 2 iniezioni al giorno per 15 giorni di 0,25 cmc. di vaccino fenicato, come sopra.

Risultato. — 4:5 degli animali sopravvissero.

Cinque sorci albini, infettati di virus fisso sottocute furono trattati con 2 iniezioni al giorno per 5 giorni di 0,25 cmc. di virus fisso 5 % in glicerina 50 % (senza fenolo).

Risultato. — Ne sopravvissero solo 2:5.

Altri cinque sorci, infettati di virus di strada, furono trattati come sopra, ma per 15 giorni.

Risultato. — Ne sopravvissero 3:5.

Esperienza II. — Cinque sorci albini, infettati di virus fisso sottocute, furono trattati con 2 iniezioni al giorno per 5 giorni con 0,25 cmc. di virus fisso 5 % in fenolo 1 %.

Altri 5 sorci, infettati di virus di strada, furono trattati come sopra, ma per 15 giorni.

Risultato. — Ne sopravvissero 3:5 di quelli infettati di virus fisso e 4:5 di quelli infettati di virus di strada.

(1) MEYER e MOSER. Central. f. Bakt. I. Abt. Ref., 1927, n. 21-22, negli anni 1920-1924.

Dieci sorci infettati metà di virus fisso e metà di virus di strada furono trattati rispettivamente per 5 e per 15 giorni di virus fisso 5 % in fenolo 0,5 % e glicerina 50 %.

Risultato. — Ne sopravvissero solo 2:5, tanto degli uni che degli altri.

Esperienza III. — Dieci sorci albini, infettati metà di virus fisso e metà di virus di strada sottocute, furono trattati con 2 iniezioni al giorno, gli uni per 5 giorni e gli altri per 15 di 0,25 cmc. di virus fisso 10 % in fenolo all'1 %.

Risultato. — Ne sopravvissero 3:5 di quelli infettati di virus fisso e 4:5 di quelli infettati di virus di strada.

Altri 10 sorci, infettati come sopra, furono trattati con virus fisso 10 % in fenolo 1%, e glicerina 50 %.

Risultato. — Ne sopravvissero 3:5 tanto di quelli infettati di virus fisso che di quelli infettati di virus di strada.

Esperienza IV. — 5 sorci albini infettati previamente di virus di strada, furono trattati con virus fisso 5 % in fenolo all'1 % preparato da 60 giorni.

Risultato. — Ne sopravvissero 4:5.

Altri 5 sorci infettati pure di virus di strada furono trattati con vaccino, virus fisso 5 % al fenolo 0,5 % e glicerina 50 %.

Risultato. — Ne sopravvissero soli 3:5.

Esperienza V. — 10 sorci albini, infettati di virus di strada sottocute, furono trattati come sopra con vaccino costituito da virus fisso 10 % in fenolo 1 % preparato da 60 giorni.

Risultato. — Ne sopravvissero 6:10.

Altri 10 sorci, infettati come sopra, furono trattati con virus fisso 10 % in glicerina 50 %.

Risultato. — Ne sopravvissero solo 4:10.

Tutti gli animali di controllo, senza eccezione, soccombettero di rabbia.

Esperienza VI. — 5 ratti, infettati di virus di strada sottocute furono trattati con 2 iniezioni al giorno per 15 giorni di 0,5 cmc. di virus fisso 5 % al fenolo 1 %.

Risultato. — Se ne salvarono 4:5.

Altri 5 ratti, infettati come sopra, furono trattati con vaccino fenicato e glicerinato.

Risultato. — Se ne salvarono solo 3:5.

Tutti gli animali di controllo soccombettero di rabbia.

Ricerca VII. — (5 maggio 1928): 10 sorci albini, infettati previamente sottocute di virus fisso, furono trattati con 2 iniezioni quotidiane per 5 giorni di 0,25 cmc. di virus fisso 10 % in fenolo 1 % preparato da 10 giorni.

Risultato. — 7:10 degli animali sopravvissero.

Altri 10 sorci albini furono infettati e trattati come sopra, ma con virus fisso (10 %) in glicerina 50 % (senza fenolo).

Risultato. — 4:10 soltanto degli animali sopravvissero.

Ricerca VIII. — (30 maggio 1928): 10 sorci albini, previamente infettati di virus di strada sottocute, furono trattati con 2 iniezioni giornaliere per 15 giorni di 0,25 cmc. di virus fisso 10 % al fenolo 1 % preparato da 10 giorni.

Risultato. — 8:10 degli animali sopravvissero.

Altri 10 sorci albini furono infettati e trattati come sopra, ma con virus fisso (10 %) glicerinato al 50 % (senza fenolo).

Risultato. — 5:10 soltanto degli animali sopravvissero.

Ricerca IX. — (30 maggio 1928): 10 ratti albini furono infettati sottocute di virus fisso e trattati con 2 iniezioni giornaliere per 5 giorni di 1 cmc. di virus fisso 10 % al fenolo 1 % preparato da 10 giorni.

Risultato. — 6:10 degli animali sopravvissero.

10 altri ratti albini furono infettati e trattati come sopra, ma con virus fisso (al 10 %) glicerinato al 50 %, senza fenolo.

Risultato. — 4:10 soltanto degli animali sopravvissero.

Ricerca X. — (30 maggio 1928): 10 ratti albini furono infettati di virus di strada sottocute e trattati con 2 iniezioni giornaliere per 15 giorni di 0,50 cmc. di virus fisso al 10 % in fenolo 1 %, preparato da 10 giorni.

Risultato. — 8:10 degli animali sopravvissero.

Altri 10 ratti albini, infettati di virus di strada sottocute, furono trattati come sopra, ma con virus fisso (10 %) glicerinato al 50 %, senza fenolo.

Risultato. — 6:10 soltanto degli animali sopravvissero.

Il seguente prospetto riassume i risultati delle 10 esperienze precedenti che, per brevità, esprimerò con le percentuali degli animali salvati.

	Animali infettati di virus fisso		Animali infettati di virus di strada	
	trattati con vaccino fenicato	trattati con vaccino glicerinato	trattati con vaccino fenicato	trattati con vaccino glicerinato
Ricerca 1ª	60 %	40 %	80 %	60 %
« 2ª	60 %	40 %	80 %	40 %
« 3ª	60 %	60 %	80 %	60 %
« 4ª			80 %	60 %
« 5ª			60 %	40 %
« 6ª			80 %	60 %
« 7ª	70 %	40 %		
« 8ª			80 %	50 %
« 9ª	60 %	40 %	60 %	40 %
« 10ª			80 %	60 %

Concludendo dal precedente prospetto rilevasi:

1) Che degli animali, infettati di virus fisso sottocute e trattati con vaccino fenicato, se ne salvarono: in 3 esperienze il 20 %, ed in una quarta il 30 % di più che non di quelli trattati con vaccino glicerinato.

2) Che pure degli animali, infettati sottocute di virus di strada e trattati con vaccino fenicato, se ne salvarono: in 7 esperienze il 20 %, in un'altra il 30 % ed in un'altra ancora persino il 40 % in più di quelli trattati con vaccino glicerinato.

Qualora si volessero controllare queste mie esperienze, che, naturalmente, dovrebbonsi ripetere nelle stesse condizioni, sono pronto ad inviare il mio virus fisso, purchè i muridi della località nella quale si volessero ripetere gli esperimenti fossero recettivi per via sottocutanea al medesimo come quelli di Sassari, Berlino, Parigi, ecc. e non come quelli di Milano e di altrove, che ne sembrano refrattari.

LEZIONI.

La prognosi in medicina.

(C. OEHME. *Münch. med. Wochenschrift*, 8 marzo 1929).

Il problema della prognosi, si presenta quotidianamente nella vita del medico ed è di particolare importanza per chi si occupa di medicina interna, poichè questi, più spesso che per altre branche dell'arte sanitaria, si trova nelle condizioni di non potere applicare una terapia di esito sicuro e deve formulare la prognosi, basandosi sopra un preciso concetto della malattia e sul giusto apprezzamento dello stato del malato.

Nei trattati sistematici di patologia speciale e di terapia, la descrizione di ogni unità morbosa viene divisa col noto schema; eziologia, patogenesi, sintomatologia, diagnosi, prognosi e terapia. Ad ognuna di queste sezioni sono dedicate anche delle opere speciali, col sussidio anche di parecchie scienze ausiliarie. Ma invano si cercherebbe nella moderna letteratura medica un'opera riguardante la esposizione sistematica della prognosi, se se ne eccettuano i lavori riguardanti la patologia della costituzione (1). Eppure, proprio agli albori della nostra medicina occidentale, vi è un'opera del padre della medicina stessa, di Ippocrate, dal titolo προγνωστικὸν. Se, in un tempo tanto lontano, quando erano tanto scarse le nozioni di scienza della natura e così limitata la diagnosi, la questione della prognosi, non solo era stata posta, ma era stata anche risolta, si deve ritenere che essa non è soltanto il prodotto ovvio eppure tanto incerto della diagnosi e della terapia. E si viene alla conclusione che, nel formulare la prognosi, più che conoscere e dominare la natura, è necessario esaminare il problema con quell'indirizzo mentale che soltanto possono dare i bisogni ed i risultati dell'arte medica per il modo di elaborare le osservazioni e di formulare i concetti.

Anche oggi, che noi vediamo più in fondo all'organismo umano ed abbiamo un modo di pensare più conforme alle leggi della natura, accade — e forse dovrebbe accadere più spesso — che questo punto di vista pronosticomedico concorre in modo decisivo alla formazione di concetti e di vedute, al limite delle unità pratiche diagnostiche, talvolta in contrasto con la medicina descrittiva, la nosologia. Eccone un esempio.

LE NEUROSI E LA PROGNOSI.

In questi ultimi anni, la dottrina della neurosi (neurosi generale e degli organi) è passata in prima linea nelle discussioni. Essa comprende tutta la coorte dei così detti disturbi funzionali, che possono presentarsi in modo più o meno transitorio in un individuo di speciale costituzione psiconervosa e colpire qualsiasi organo o parte del corpo, senza indurre delle modificazioni riconoscibili nella sua fine struttura o turbamento della funzione. Noi parliamo di neurosi e di neurotici in presenza di quelle alterazioni psico-fisiche le quali, in certe circostanze, possono intralciare l'attività di un individuo, ma non influire in modo significativo sulla durata della sua vita. E così pure facciamo per alcuni disturbi nella funzione di organi, che sono riconoscibili obbiettivamente, p. es., per la tachicardia parossistica, ma soltanto in quei casi — e qui è necessaria una divisione netta — in cui la benignità di tale condizione è sicura o quasi, quindi soltanto in determinate condizioni prognostiche e non p. es., quando la tachicardia parossistica va considerata come un sintoma di malattia dei vasi cardiaci o del miocardio.

Avviene che l'uso del concetto di neurosi, così fondato sopra una determinazione negativa, è mutevole e soggetto a cambiamenti a seconda dello stato delle nostre conoscenze. In questi ultimi tempi, si è persino accennato alla demolizione della teoria delle neurosi, specialmente nel campo delle malattie gastro-intestinali dopo che, col progressivo affinarsi della diagnosi, si è veduto che gran parte degli stati morbosi considerati dapprima come neurotici erano in realtà malattie quali ulcera, colica biliare, ecc.

Ma, se è giusta la dottrina che l'ulcera gastrica può originarsi in gran parte, in seguito a disturbi locali di nutrizione della mucosa,

(1) Fra le opere moderne sulla prognosi, rammentiamo le seguenti: *An Index of Prognosis; By various writers*. Edited by A. RENDLE SHORT. J. Wright, Bristol. Ch. Fiessinger. *Les pronostics du praticien*. Maloine éd. Paris. (N. del redat.).

dovuti a crampi e contrazioni vasoneurotiche dei vasi o dei muscoli nell'individuo con particolari stigmate del sistema vegetativo, l'esclusione del concetto di neurosi (che pure è autorizzata dal reperto obbiettivo dell'ulcera) sarebbe in contrasto con la teoria. Il concetto di neurosi non è quindi tale da poterci appagare ed ha bisogno di ulteriori chiarimenti. Ed il giudizio pronostico che esso include, è ancora più importante per il suo significato pratico, che non la mutevole linea di divisione fra le malattie organiche e quelle così dette funzionali. Esso agisce anche sulla diagnosi, nel senso di una discordanza fra malattie obbiettivabili e disturbi subbiettivi, poichè l'unire il concetto di neurosi ad un'entità ben definita dal punto di vista pronostico, varrebbe quanto annullare il concetto stesso.

L'OPERA DI IPPOCRATE E LA PROGNOSI NEL SENSO MODERNO.

L'A. esamina quindi parecchi passi delle opere di Ippocrate, di questo insieme di osservazioni ancor oggi degno di ammirazione e ne conclude che il metodo ippocratico è strettamente individualista e realista. Quello che si vede o si può vedere è di un'importanza talmente superiore a quello che è puro concetto o pensiero, che il giudizio pronostico non corre mai il pericolo di irrigidirsi in un sistema, ma è sempre pronto ad aderire alla realtà dei fatti. Ed è un sentito dovere il trasmettere questa attitudine mentale e queste tendenze dello spirito ai medici futuri. Purtroppo esso viene reso difficile dalla mole delle odierne conoscenze, sicchè si arriva alla nota esperienza che un'infermiera anziana ed intelligente, specialmente per i malati acuti, sa spesso formulare un giudizio pronostico più sicuro che non un giovane medico, sia pure valente.

Per lo più, invece, la prognosi, quale è descritta nei libri odierni, non è fondata sull'osservazione del vero stato del malato, ma sul decorso generale delle singole malattie, tenendo in considerazione le facoltà di difesa dell'organismo ed i possibili aiuti della terapia. Ma, nel singolo caso, la prognosi rimane una opinione individuale del medico che la crea con la propria arte personale. E servono a questo le nozioni di patologia generale, con l'esperienza subbiettiva e, spesso, una comprensione della situazione individuale, una specie di « senso medico » intuitivo, che già agisce fin dal momento in cui si pone la diagnosi. Col togliere tali processi mentali dal dominio dell'incosciente, si dovrebbe far sì che la prognosi non dipendesse dal temperamento; ma ciò non toglie che rimanga pur sempre qualche cosa di individuale, come ce ne possiamo convincere paragonando sotto tale punto di vista diverse personalità mediche.

LA STATISTICA E LA PROGNOSI.

Come già si esprimeva Ippocrate, nella prognosi si tratta di ponderare delle probabilità in riguardo a quello che può accadere nel futuro. Tutto questo presuppone un procedimento mentale basato sulla logica. Questa ponderazione delle probabilità può farsi col metodo statistico basato sui calcoli; metodo che può essere utile nelle osservazioni sulle masse e che il medico può applicare, nel senso che il singolo fa esso pure parte della massa. D'altra parte, sta il metodo che considera le condizioni del singolo individuo; entrambi possono abbinarsi e cooperare allo scopo.

Grande invero è l'importanza della statistica medica, specialmente se basata sui grandi numeri. Essa ha potuto assodare dei fatti importanti; uno di essi, p. es., è l'aumento reale del diabete e la sua connessione con il modo di vita e la professione, che si è potuto conoscere in base al materiale fornito dalle società di assicurazione. Ma, dal punto di vista medico, per la prognosi del caso singolo, il calcolo delle probabilità è di importanza del tutto secondaria, poichè l'individuo si trova sotto l'influenza di condizioni mutevoli e perchè il fattore decisivo è generalmente legato a condizioni individuali. E quanto più si cerca di applicare al caso singolo queste leggi, tanto più ci convinciamo che si deve rinunciare ad ogni misurazione numerica.

LA COSTITUZIONE E LA PROGNOSI.

Importante, invece, è dal punto di vista della prognosi la dottrina della costituzione, intesa nel senso di considerare tutte le particolarità congenite potenziali e quello che si è potuto sviluppare nell'individuo in esame. Non si può misconoscere che tutto quanto l'individuo porta con sè di congenito, è del massimo significato; a questo è dovuto anzitutto il fatto che non tutti gli uomini sono uguali e, quando noi possiamo nettamente distinguere quanto vi è di congenito e quanto di acquisito nell'individuo oppure possiamo riconoscere una disposizione od una tara ereditaria, aumenta indubbiamente il grado di probabilità nella prognosi. La nostra conoscenza delle malattie eredodegenerative e dei fattori ereditari che sono venuti assumendo tanta importanza nelle malattie dei vasi e del ricambio ci sarà molto utile per ogni gruppo ed anche, fino ad un certo punto, per il caso singolo. Per quanto riguarda la tubercolosi, che nell'epoca prebatteriologica era considerata come ereditaria, la costituzione ha, nella resistenza dell'individuo, un'importanza spesso mal delimitabile da altre influenze esterne.

Davanti alla parte, fondamentalmente netta sebbene spesso un po' vaga nel caso singolo,

che ha la dottrina della costituzione per la prognosi, sorge l'idea se questa direttiva possa dare un pronostico generale per il giudizio sulla personalità, liberando il concetto di personalità dalle dottrine che l'hanno generato.

Si tenta di arrivare a tale scopo, specialmente con ricerche statistiche sulle variazioni che si concentrano spesso soltanto sulla forma del corpo, quindi solo alla parte esterna. È indubitato che con la dottrina del « tipo » si può distinguere, con più acuto sguardo, ciò che vi è di generale nell'individuo; essa inoltre affina il potere di osservazione del medico e può rendere abbastanza facile il mettere un certo ordine nella complessità dei fenomeni. E nell'insieme, si può dire che è un fatto che alcuni *tipi* hanno una determinata disposizione verso determinate malattie, entro limiti fissati di tempo, di luogo e di condizione sociale. Invero, nel caso singolo causa ed effetto possono invertirsi, poichè anche le malattie si foggiano sugli uomini.

Ma, dal punto di vista della prognosi medica sono di speciale interesse proprio quei casi, in cui la dottrina del « tipo » fallisce, mentre l'individuo sembrerebbe proprio rispondente al tipo fissato dalle statistiche e dalle norme un po' schematiche dalla patologia costituzionale, come pure il caso opposto, in cui la spiccata riduzione costituzionale delle condizioni organiche spicca persino agli occhi del profano e viene invece compensata da un'inattesa forza di resistenza e tenacia. E, con l'osservazione prolungata di famiglie o di gruppi, si vedono talvolta sopravvivere proprio quegli individui, per i quali ciò si sarebbe meno aspettato.

Naturalmente, non si intende qui di parlare dell'illusione a cui va talora soggetto l'individuo non sperimentato, per l'aspetto florido di malati gravi, come p. es., quello del tipo « Traviata » per la tisi e l'illusoria salute di individui pastosi di costituzione timico-linfatica. Indubbiamente, lo studio della costituzione, che fosse meno rivolto di quanto è ora all'abito esterno ed alla morfologia, potrebbe scoprire in parecchi casi dei difetti, per i quali si invocano oggi delle tare ereditarie. Durante la pandemia influenzale erano proprio i più giovani che più rapidamente morivano, il che sarebbe forse da riferirsi allo scarso grado di contagiamento delle classi giovani.

Del tutto oscuri ed interessanti dal punto di vista prognostico, sono poi quei casi in cui una malattia banale, come un foruncolo, una tonsillite portano rapidamente a morte degli individui apparentemente del tutto normali. Viceversa, vediamo altri casi di inesplicabile resistenza, p. es., di individui che vivono in ambiente altamente contagiante di tubercolosi e ne rimangono immuni.

Rapporti fra prognosi e terapia.

Questo insieme di fatti mette sempre più in rilievo la molteplicità dei singoli elementi, che concorrono a dare il giudizio pronostico, il quale rimane poi sempre limitato nel caso singolo, per la difficoltà di cogliere e di valutare esattamente l'elemento individuale.

Tutto questo non fa che mettere in luce i rapporti che intercedono fra la ricerca scientifica ed i bisogni della pratica medica, nonchè quelli che vi sono fra prognosi e terapia. Si deve però tener presente che la prognosi non è fondata soltanto sulla scienza, dalla quale, secondo il detto di Comte, derivano e la previsione e, di conseguenza, l'azione. Anche i fatti empirici hanno la loro importanza e, se le scoperte della sieroterapia, degli arsenobenzoli, dell'insulina hanno modificato di molto il giudizio pronostico sulle singole malattie, la scoperta del tutto empirica dell'azione dell'infuso di una certa erba — la digitale —, non ha meno modificata la prognosi delle malattie cardiache.

Sono poi gli stretti rapporti fra prognosi e terapia che devono guidare quest'ultima, in modo da tenerla lontana, sia da uno sterile nichilismo, sia da quella polipragmasia che è tanto vicina alla ciarlataneria.

Così, la prognosi diventa la guida della terapia; su questa essa fonda l'atteggiamento di fronte alle più importanti questioni ed alle esigenze del caso singolo, di fronte all'immenso cammino ed alle lunghe soste apparenti della ricerca scientifica riempite dal minuzioso lavoro di dettaglio, di fronte alle crisi ed ai frequenti ritorni a ciò che si era a torto dimenticato nelle nostre opinioni mediche; e questo atteggiamento deve essere patrimonio generale dei medici, perchè si possano un poco mitigare quei cambiamenti quasi a forma di crisi, che caratterizzano la medicina e che non tornano certamente a vantaggio per la formazione della prognosi.

I pericoli della generalizzazione.

Ed è proprio sentendosi ad uguale distanza dalla impazienza e dalla dubitante rassegnazione, che si possono ricacciare indietro, a tutto vantaggio della realtà, quelle questioni fondamentali che si sollevano ogni volta che si deve formulare una prognosi e soprattutto le questioni della predominanza o meno dei processi vitali patologici e, finalmente, della possibilità di una sintesi in biologia.

Quando si tenga presente il lungo lasso di tempo che è stato necessario per arrivare dall'atomistica di Democrito alla moderna teoria fisica dell'atomo, con tutte le sue conseguenze teoriche e pratiche ed alla distanza a cui ancora si trova la biologia da una concezione sintetica, si comprende la necessità di fissare aprioristicamente dei limiti, come ogni tanto si tenta di fare. D'altra parte, noi sappiamo che non si può mai parlare di leggi della natura in senso stretto, ma che tutte le nostre conoscenze scientifiche hanno soltanto un carattere di probabilità; alcune di esse, poi, sono da ricondurre direttamente a calcoli statistici

come accade, p. es., per il secondo principio della termodinamica. Ed anche qui, nella dimensione della parte molecolare, fa capolino in parte la caratteristica individuale.

Se, al contrario di questo indirizzo, oggi, partendo da certe direttive filosofiche già penetrate in medicina, si parla spesso di conoscenza e di ricerca dell'essenziale, basata sulla evidenza intuitiva ed immediata, ci si deve guardar bene dall'ammettere questi cambiamenti in medicina, senza una chiara coscienza che non si deve applicare il principio della universalità. Una simile conoscenza evidente ed immediata può avere anche un alto significato per la terapia individuale nel campo psichico. Nell'insieme però, noi faremo bene se nella medicina scientifica ci terremo fermi a quelle vedute ed a quei concetti che ci portano, non già alla conoscenza ultima delle cose, ma ad un risultato sicuro nel dominio dei fenomeni.

Il perfezionamento di metodi che portano alla generalizzazione ed al dominio delle forze irrazionali della vita psichica non è mai stato lo scopo o l'intendimento della medicina. Questo compito è stato assolto in altri tempi, su altre basi e per altri bisogni, molto tempo prima che la dottrina della natura potesse mai sognarsi di estendere anche su questo il suo dominio. L'antica unione del medico e del sacerdote in una stessa persona è stata scissa da molti secoli e la medicina scientifica farà bene se, come presupposto di ogni generalizzazione, metterà quel rigore e quella esattezza che un'epoca, ormai quasi tramontata, ci ha lasciato come eredità, la grande eredità di Helmholtz e di Virchow. Il riunire in una sola persona questi due modi fondamentalmente diversi di considerare la vita, il generale e l'individuale, deve essere il compito sempre rinnovantesi del medico.

FILIPPINI.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI EMATOPOIETICI.

Indicazioni e conseguenze della splenectomia.

(H. THURSFIELD. *Lancet*, 11 maggio 1929).

I due fatti indiscussi circa la fisiologia della milza sono: 1) che essa prende parte al processo della digestione contraendosi e dilatandosi in modo da regolare l'afflusso di sangue ai visceri addominali; 2) che essa s'ingrandisce in quasi tutte le infezioni acute. Ogni altra funzione attribuita alla milza è dubbia. Altri fatti accertati sono: *a*) che la milza non rappresenta il solo tessuto splenico esistente nella cavità addominale e che quindi con la splenectomia non si asporta tutto il tessuto splenico; *b*) che la splenectomia non produce disordini persistenti ad eccezione della definitiva e permanentemente diminuzione della normale fragilità delle emazie nelle soluzioni saline. In particolare la splenectomia non produce effetti persistenti sull'emopoiesi: la leucocitosi o leucopenia si hanno normalmente dopo tutte le operazioni e l'aumento delle piastrine è affatto transitorio.

La splenectomia è entrata nella pratica per tre malattie: l'*anemia splenica*, l'*ittero acolurico congenito* e la *trombopenia essenziale*.

Il riconoscimento clinico dell'*anemia splenica* si basa sui seguenti criteri: tumore cronico primitivo criptogenetico della milza, senza ingrossamento dei gangli linfatici, diminuzione delle emazie con assenza di eritroblasti, diminuzione dell'emoglobina, diminuzione dei leucociti con assenza di mielociti, fragilità delle emazie normale o diminuita. In queste condizioni la splenectomia è da praticare al più presto possibile: essa migliora le condizioni del paziente, previene le sicure ematemesi, eventualmente apporta la guarigione.

Le indicazioni della splenectomia nell'*ittero acolurico* congenito sono costituite dagli attacchi di anemia o di astenia e i disordini prodotti dall'ingrandimento della milza. L'operazione provoca un miglioramento generale e la fragilità delle emazie ritorna normale dopo pochi mesi.

Anche la *trombopenia* o porpora trombocitopenica si giova della splenectomia in quanto questa arresta le emorragie.

Tra le altre molte malattie per le quali fu indicata la splenectomia vanno ricordate l'*ittero emolitico*, l'*anemia perniciosa*, la *cirrosi epatica*, la *leucemia mielogena*, ed alcune infezioni croniche come la *splenomegalia egiziana*, la *malaria*, la *tubercolosi* e la *sifilide*. Ma solo nell'anemia perniciosa si ebbe qualche vantaggio, di cui del resto non conviene tener conto dato gli incontestabili benefici che si hanno ora con la epatoterapia.

Le malattie che sogliono dare ingrandimento della milza sono: le *lesioni traumatiche*, le *lesioni locali* (*cisti e tumori*), le *infiammazioni acute e croniche*, le *malattie generali del sangue*.

Le affezioni non dovute a malattie generali o locali sono la *rottura* e la *torsione*. La *rottura* dovuta a trauma diretto è rara. Può seguire anche a traumi relativamente leggeri. I sintomi sono quelli della grave emorragia intraaddominale. L'operazione provoca un sollievo immediato. L'alta mortalità è dovuta allo schok, all'emorragia o altre lesioni. Nei casi operati la splenectomia provoca un aumento della resistenza delle emazie all'emolisi ed una conseguente riduzione del pigmento biliare, aumento delle piastrine. Migliori risultati ha dato la splenectomia in casi di *rottura spontanea*. La *torsione* si verifica quando il peduncolo del viscere è lungo, il che è raro. La splenectomia dette buoni risultati.

Le *cisti* della milza sono *vere* (*angiectasiche, neoplastiche, dermoidi* o *parassitarie*) e *false* (*traumatiche, infiammatorie* o *degenerative*).

Tutte le *cisti* sono rare. I *tumori* possono essere *fibromi* e *fibrosarcomi* della capsula e delle trabecule, *linfomi* o *linfosarcomi* degli elementi linfoidi, *angiomi* o *endoteliomi* dell'endotelio vascolare e dei seni. Il primo gruppo provocò un tumore localizzato diagnosticato come semplice splenomegalia e fu trattato con la splenectomia. I *linfomi* erano spesso accompagnati da ingorghi limpidi generali, il che rendeva molto difficile la distinzione con il morbo di Hodgkin: in tali casi la splenectomia non dette risultati soddisfacenti. La grande splenomegalia dovuta ad enorme ingrandimento dei corpi di Malpighi, con ingorgo generale dei gangli linfatici dovrebbe essere trattata con la radioterapia. L'endotelioma vascolare ha più interesse anatomico che clinico.

Le infiammazioni acute possono essere *localizzate* (ascessi) o *diffuse, settiche* o *specifiche*. In tutte le affezioni *settiche* la milza tende ad ingrandirsi e a inflaccidirsi, ma non provoca disturbi di sorta. Gli *ascessi* sono rari e sono seguìti di solito da necrosi o infarto. In caso di ascesso si può rendere necessario il drenaggio, ma tutte le altre infiammazioni acute non richiedono alcun intervento. Le *infiammazioni croniche* si verificano nelle *affezioni piogeniche*, nell'*anemia splenica*, nella *cirrosi epatica*, nel *morbo di Hodgkin*, nella *malaria*, nel *Kala-azar*, nella *sifilide*, nella *tubercolosi*, nella *policitemia secondaria*. La splenectomia non è indicata per le splenomegalie direttamente dipendenti da qualche focolaio settico. Nel *morbo di Banti* si distinguono tre fasi: 1) splenomegalia e anemia secondaria che può durare per anni; 2) ingrandimento progressivo del fegato; 3) cirrosi ed ascite. La splenectomia dà buoni risultati se praticata nella seconda fase. L'*anemia di Jaksch* è un'entità clinica differente dal morbo di Banti: ha tendenza familiare, si ha solo nei primi tre anni di vita, c'è costanza di mielemia, presenza di emazie nucleate e tendenza alla guarigione. È spesso associata al rachitismo. La splenectomia può essere utile solo prima che si sia stabilita la cirrosi del fegato. Nel *morbo di Hodgkin* l'alterazione splenica è solo una parte del quadro morboso, e la splenectomia è quindi inutile. La splenectomia nella *malaria*, nel *Kala-azar*, nella *sifilide*, nella *tubercolosi* deve essere considerata come una misura affatto eccezionale, cui si può ricorrere solo quando la milza è l'unico focolaio di dette infezioni. La *policitemia secondaria* può occorrere nella tromboflebite non suppurativa della milza ed è stata riscontrata nei bambini tubercolotici. In un caso la splenectomia è stata praticata con successo.

Le malattie nelle quali l'alterazione splenica sembra contribuire al disordine generale del sistema ematopoietico si dividono in due gruppi: *aplastiche* ed *emolitiche*.

L'*anemia aplastica* non si giova della splenectomia. Tutti i malati operati sono morti.

Il *gruppo emolitico* comprende: l'*anemia perniciosa*, l'*ittero acolurico* o *emolitico*, la *porpora emorragica*, la *verminosi intestinale*, la *sifilide*, il *carcinoma*, le *lesioni puerperali*, gli *avvelenamenti chimici*.

Tra queste malattie la splenectomia trova indicazione solo nell'anemia perniciosa, nell'ittero acolurico e nella porpora emorragica. Come si è già detto l'introduzione dell'epatoterapia non rende più necessario l'intervento nell'anemia perniciosa, per le altre due affezioni l'intervento dà buoni risultati nella maggioranza dei casi.

La *malattia di Gaucher* è caratterizzata da considerevole e progressivo aumento della milza e del fegato, da leucopenia, anemia secondaria ed abbrunimento della pelle scoperta. Oltre a ciò v'è dolore splenico ed alle estremità dovuto alla rarefazione delle ossa, che può condurre a deformità e fratture. La condizione è familiare e non ereditaria. La splenectomia non fa che abbreviare la vita.

Dal punto di vista delle indicazioni generali della splenectomia è a tener presente che il fatto più importante è dato dal numero delle piastrine, perchè un numero eccessivo di questi elementi fa sorgere il pericolo della trombosi.

La leucocitosi indica che il midollo osseo è molto più attivo che se ci fosse leucopenia.

Il grado di anemia indica l'importanza delle emorragie.

In molti casi più la milza è grossa meglio è sostenuta l'operazione.

Per quel che riguarda la tecnica è a notare che l'aggressione dell'organo in campo aperto è indispensabile nel morbo di Banti e nelle lesioni infiammatorie, data la possibilità di aderenze al diaframma. Walton preferisce la

incisione lungo la linea dei nervi intercostali dall'ombelico al margine costale sinistro: dall'estremo più basso si fa un'incisione pararettale a circa un dito dalla linea mediana. Il peritoneo si apre a lembo triangolare che si riversa sul margine costale. Questo metodo evita le complicazioni addominali e le lesioni dei nervi motori. Si ispeziona rapidamente la cavità addominale. La presenza di alterazioni nelle glandule mesenteriche ha cattivo significato prognostico. Si apre lo strato peritoneale anteriore dell'omento gastrosplenico. La legatura dei vasi splenici deve essere fatta con cautela, data la loro fragilità, specie quella delle vene. Si accertano e si resecano delicatamente le eventuali aderenze. Quindi si taglia il peduncolo. La cavità viene di nuovo ispezionata, procedendo rapidamente alle necessarie legature di vasi lesi. Il campo operato deve essere assolutamente asciutto. Il drenaggio è necessario solo in caso di lesioni settiche. Se dopo l'operazione si constata aumento di numero delle piastrine si somministrerà il citrato per evitare le trombosi.

I risultati di numerose splenectomie dimostrano che l'intervento è *indicato* nella cisti semplice, nella torsione, nell'ittero acolurico, nella porpora emorragica, nella rottura spontanea, nella rottura traumatica, nelle cisti idatidee, nella sifilide, nell'anemia splenica, nel morbo di Banti; *dà risultati molto incerti* nella cirrosi epatica, nel morbo di Hodgkin, nelle infezioni piogeniche croniche; *non è indicata* nell'anemia perniciosa, nel morbo di Gaucher, nell'anemia aplastica, nella policitemia, nella leucemia mielogena.

DR.

La diagnosi e l'indicazione operatoria del morbo di Gaucher.

(R. MÜHSAM. *Medizinische Klinik*, n. 15, aprile 1929).

Lo studio clinico ed istologico della malattia di Gaucher ha portato in questi ultimi tempi ad una più esatta comprensione delle condizioni morbose create dalla malattia. Dopo le statistiche di Picks e di Ficher la letteratura si è arricchita di numerosi casi sicuramente diagnosticati e confermati da ricerche istologiche.

L'A. porta un contributo di 5 casi nei quali ebbe campo di compiere interessanti osservazioni sintomatologiche e ricerche diagnostiche. Egli in 3 casi ha riscontrato alterazioni delle gengive interpretate come paradentosi e scorbuto; in uno dei casi si sviluppò una ostiomelite della mandibola con formazione di sequestro. Frequente secondo l'A. è un « subittero grigio giallastro » che colpisce la cute nelle parti più sporgenti ed esposte alla luce, specialmente gli zigomi.

È ormai provato che il morbo di Gaucher è una malattia sistemica, con probabilità dovuta ad alterato ricambio, che colpisce prevalentemente la milza, il fegato ed il midollo delle ossa con progressiva intensità. Solo in due casi dell'A., principalmente in uno stadio avanzato della malattia, si poterono radiologicamente osservare delle modiche alterazioni ossee specialmente a carico delle estremità inferiori del femore D. che ricordavano il « tipo osseo » del morbo di Gaucher descritto da Picks. Più frequenti erano le macchie ossee radiologiche diffuse.

Tuttavia il midollo osseo è costantemente e precocemente affetto, ed essendo dimostrato che la diagnosi sicura il più spesso si può compiere soltanto con la puntura degli organi ammalati l'A., come chirurgo, si dichiara favorevole a quella della estremità superiore della tibia che non ha mai provocato incidenti e si poteva compiere anche ambulatoriamente. Essa diede sempre esito decisivo alla d. persino in un caso in cui pur non esistendo ancora splenomegalia si fece tale ricerca precoce esistendo il dato di una sorella sicuramente affetta dalla malattia e che fu poi splenectomizzata.

L'A. passa a discutere l'importanza della splenectomia e la necessità di eseguire questo atto operatorio in un periodo nè troppo precoce nè troppo avanzato, quando cioè la milza tumefatta comincia a dare fenomeni locali. Viene dimostrato dalla letteratura e dai tre casi operati dal Mühsam come l'estirpazione della milza liberi il malato dai disturbi diretti e lo metta spesso in condizioni di lavorare con profitto; alcuni casi sopravvivono oltre 10 anni dall'atto operativo. Però essendo la malattia sistemica il successo consiste soltanto in questo miglioramento e non si può parlare di guarigione.

R. GOSIO.

VACCINAZIONI.

La vaccinoterapia della febbre ondulante.

(COMBESSÉDES e GARNIER. *Paris Méd.*, 23 marzo 1929).

La melitococcia diviene sempre più frequente, e la sua terapia è difficile e spesso sconcertante per scarsezza di risultati. La vaccinoterapia è stata usata il più delle volte senza regola precisa ed in modo empirico. Qualcuno preferisce l'auto-, altri lo stock-vaccino; chi lo usa in quantità minima, a dosi crescenti ripetute, chi a dosi più forti.

Lo studio diligente dei casi studiati mostra due fatti importanti: che vi è uno stretto rapporto tra la rapidità della guarigione e la intensità dei fenomeni generali. E che il carattere rapido di queste guarigioni non permette di accettare l'idea di Wright che esse risultino da una immunità conferita dal vaccino grazie alla formazione di anticorpi.

Gli AA. han pensato di utilizzare un metodo simile a quello seguìto da Teissier, Reilly e Rivalier per la vaccinazione contro l'ulcera molle. Essi hanno usato come vaccino un antigene costituito da una emulsione di proteine estratte dal bacillo di Ducrey; questo prodotto inoffensivo per il sano è incapace a conferirgli la minima immunità contro lo streptobacillo. Iniettato nel malato di ulcera venerea determina una violenta reazione generale. Gli AA. concludono che la vaccinoterapia specifica risiede nella provocazione di fenomeni generali infiammatori, per apporto di proteine microbiche omologhe presso un soggetto infestato e divenuto tollerante a loro riguardo.

Gli AA. basandosi sul predetto hanno preparato un vaccino sostituendo al *bacillus melitensis*, di pericoloso maneggio, il *bacillus abortus*, che come ha dimostrato Burnet, possiede la stessa proprietà antigenica del primo.

Nell'uomo sano l'antigene solubile estratto dal b. abortus può essere iniettato per via intramuscolare, a dosi relativamente elevate, senza provocare reazione nè locale nè generale.

Nei pazienti affetti da melitococcia l'effetto è ben diverso: l'iniezione intradermica produce una reazione infiammatoria specifica che varia di intensità a seconda dello stato di sensibilità e di allergia: ha quindi non solo valore diagnostico ma anche direttivo per la cura.

La iniezione intramuscolare produce in 6-8 ore dei fenomeni generali, dalla semplice esacerbazione termica ad un vero choc.

L'iniezione endovenosa, non più di proteine ma di globuline estratte per precipitazione acetica dal prodotto precedente, inoffensiva per il sano fino alla dose di 1 cmc., produce invece nel malato uno choc caratteristico.

Notisi che sono sempre i malati che presentano una intradermoreazione più netta e più intensa, che hanno i più violenti fatti reattivi generali; ed è anche in questi casi che la guarigione è più rapida.

Vengono poi riportate *in extenso* varie osservazioni cliniche. In tre casi in cui si ebbe in seguito a dosi elevate di antigeno una reazione infiammatoria violenta, si ebbe guarigione definitiva con una sola iniezione.

Gli AA. hanno altre 12 osservazioni identiche. In complesso in 24 malati, essi han potuto provocare, grazie al valore antigenino del vaccino usato, dei fenomeni generali violenti, molto superiori a quelli che si hanno con i vaccini comunemente usati. Ciò spiega le diversità dei risultati, e perchè la vaccinoterapia non dia attualmente i risultati che si vantarono allo inizio, ciò perchè le case produttrici han tentato di ottenere dei prodotti che dessero sempre meno reazioni generali, a tutto danno del loro effetto curativo.

Gli AA. usando il loro vaccino ogni centimetro cubo del quale corrisponde alle albumine estratte da 2 centigrammi di corpi microbici, il che equivale almeno a 500 miliardi di germi, cifra ben superiore alle solite, consigliano la seguente tecnica. Saggiare il terreno con una intradermoreazione, se questa è negativa soprassedere nella vaccinoterapia che tanto sarebbe inefficace, se è positiva vaccinoterapia energica a brevi intervalli. L. TONELLI.

Vaccinazione antidifterica.

(R. LEVENT. *Gazette des hôpitaux*, 8 maggio 1929).

La sieroterapia non ha intieramente risoluto il problema della difterite: è una utopia sperare di ottenere la guarigione di tutti i casi; inoltre è dimostrato che la morbilità della difterite è soggetta a considerevoli variazioni.

La cresciuta gravità della difterite di questi ultimi anni, richiede una profilassi efficace. La sieroterapia preventiva fornisce soltanto una protezione ristretta nello spazio (persone circostanti al paziente) e nel tempo, perchè il suo potere è esaurito in 15 a 21 giorni. Inoltre la sieroterapia ha l'inconveniente di sensibilizzare, di fronte a ogni altro siero, ulteriormente iniettabile.

Allo scopo di realizzare una immunità attiva sempre più persistente si sperimentarono varie miscele di tossine e antitossine che però non ottennero successo. nè diffusione, poichè la vaccinazione era irregolare e dava luogo a sorprese.

Fu solo nel 1922-23 che le ricerche di Ramon furono coronate da successo: egli osservò che mescolando in vitro una tossina difterica a una antitossina si osserva l'apparizione di un fenomeno di flocculazione che non è influenzato da aggiunta di formolo. Ottenne così la anatossina che è un derivato della tossina difterica, possedente tutto il valore flocculante di essa, è innocua e capace di generare la immunità e la produzione di antitossina specifica.

Gli animali iniettati con la anatossina sono refrattari alla intossicazione difterica.

Praticamente per ottenere la anatossina si utilizza la azione coniugata, su di una tossina scelta per la sua attività, del calore prolungato e del formolo.

Si pensò di utilizzare la anatossina per la vaccinazione preventiva dell'uomo.

Lo studio clinico ed epidemiologico seguìto su vasta scala dal 1922 ha mostrato che la anatossina è inoffensiva e che bisogna adoperarla in certe condizioni.

Per alcuni soggetti l'indicazione è generale: sono i fanciulli a partire da un anno di età; l'optimum per la vaccinazione è da uno a otto anni.

L'indicazione è relativa per i soggetti sopra gli otto anni e per certe categorie professionali (medici, studenti, infermieri).

In questi casi si dovrà riservare la vaccinazione ai soggetti recettivi riconosciuti mediante

Le controindicazioni sono date dalle affezioni acute febbrili e dalle tare organiche.

la reazione di Schick. L'indicazione alla vaccinazione è tanto più necessaria se ci si trova in tempo di epidemia o in luoghi abitualmente infetti.

Nei soggetti convalescenti di difterite si dovrà attendere almeno tre mesi per la vaccinazione.

Per la vaccinazione umana si adopera il vaccino dell'Istituto Pasteur: l'iniezione si fa per via sottocutanea e le dosi sono le seguenti: 1ª iniezione: mezzo cmc.; 2ª iniezione (dopo tre settimane): cmc. uno; 3ª iniezione (dopo due settimane): cmc. uno e mezzo.

La reazione è nulla, prima degli otto anni, debole prima dei sedici anni, frequente negli adulti ove può essere locale (eritema, edema doloroso, adenopatie) e generale consistente in febbre modica.

Gli accidenti sono eccezionali e possono consistere in febbre alta, mialgie, cefalea, vomito, diarrea, orticaria, edema generalizzato, violenta reazione locale.

Lusinghieri sono i risultati ottenuti: l'esame in serie ha dimostrato che il tasso dei soggetti immunizzati dopo tre iniezioni è al minimo del 97 %. Sembra che l'immunità sia acquisita da cinque a otto settimane e che duri circa quattro anni.

La immunità così acquisita può rinforzarsi molto rapidamente sotto due influenze: nuova iniezione di anatossina e infezione occulta col bacillo di Loeffler.

Azione rinforzatrice della vaccinazione deriverebbe, secondo ricerche recenti, dalla associazione della anatossina con altro vaccino (antitifico, antitetanico) sì da giungere fino al 100 % di immunizzati dopo tre iniezioni.

F. VICENTINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

A. DOGNON. *Précis de physico-chimie.* Vol. in-8° di pag. 310 con 63 fig. Masson e C. Paris 1929. Fr. 30.

È una raccolta di lezioni tenute alla Facoltà di Medicina di Parigi, dall'A., il quale, con stile chiaro e restringendo la nomenclatura matematica allo stretto indispensabile, presenta ai lettori, diffuse negli otto capitoli, una serie di importanti questioni, quali: l'acqua e le sue soluzioni; la pressione osmotica, proprietà degli ioni, misura e azione fisiologica di essi; misura del Ph; la concentrazione dell'H in biologia; fenomeni di ossidoriduzione; la viscosità; le soluzioni colloidali; proprietà generali delle membrane.

Orientato verso le applicazioni biologiche e mediche, questo libro mette chiaramente in evidenza quanto le acquisizioni moderne della fisico-chimica hanno potentemente contribuito alla comprensione del funzionamento degli organismi viventi.

A. POZZI.

L. AMBARD et F. SCHMID. *La réserve alcaline.* Un vol. in-8° di 168 pagg. G. Doin, Paris, 1929. Fr. 18.

Gli AA. si sono proposti di riunire sinteticamente un certo numero di lavori riguardanti la riserva alcalina, senonchè per la complessità della questione, hanno dovuto limitarsi allo studio dei problemi più essenziali.

Il libro è diviso in due parti: una fisiologica e l'altra patologica. Nella prima sono esposti i processi della genesi della riserva alcalina *in vitro*, e l'influenza della respirazione e della secrezione renale nella regolazione della riserva alcalina.

Nella parte patologica gli AA. studiano le variazioni della riserva alcalina nel diabete, nelle nefriti, nell'anestesia, nella gravidanza, ecc. e mostrano i rapporti dei processi della genesi della riserva alcalina con l'eliminazione dei sali e dell'acqua.

Trattasi quindi di un volumetto veramente interessante, senza dubbio anzi uno dei migliori contributi allo studio di questo argomento di grande attualità quale è oggi la riserva alcalina.

A. POZZI.

GORDONOFF T., MEYER-BISCH, UNNA P. *junior*, z. z. *Schwefeltherapie.* G. Thieme, Lipsia, 1928. Mk. 4.50.

È un piccolo manuale di 90 pagine che raccoglie quanto è stato osservato sull'impiego dello zolfo nella cura delle malattie mediche e di quelle di dominio della dermatologia.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Il Gordonoff di Berna espone le varie conoscenze farmacologiche sullo zolfo soffermandosi sull'azione di esso negli organi isolati, nella pressione del sangue, nel ricambio del glicogene, nel metabolismo basale; il Meyer-Bisch di Göttingen tratta dell'impiego dello zolfo nelle malattie interne, l'Unna *junior* di Amburgo tratta dell'uso dello zolfo nelle malattie della pelle.

TRENTI.

G. SINGER. *Die Reizkörperbehandlung des Diabetes.* Urban und Schwarzenberg, Berlin, 1929, Mk. 15.

La presente monografia di Singer è intesa a dimostrare i vantaggi che nella cura del diabete possono dare varie sostanze proteiche o sostanze derivate da esse, somministrate per iniezione endomuscolare. L'A. ha sperimentato vari prodotti (*specialità*) di tal natura fabbricati da varie case. Dimostra con l'accurato studio clinico di molti casi di diabete ch'esse attivano il ricambio e possono specialmente diminuire la glicosuria e la glicemia.

La cura *stimolatrice*, egli afferma, non si propone di sostituire la specifica cura insulinica, ma in molte circostanze è un utile coadiuvante. Con numerosi esempi tratti dalla sua pratica, l'A. dimostra quando specialmente la cura stimolante può rendere vantaggi e cioè nelle infezioni chirurgiche con o senza lesioni vascolari, e quando non giova, come nel diabete giovanile o associato a tubercolosi polmonare.

Senza voler dare un giudizio sul metodo terapeutico impiegato dall'A. e sulla interpretazione ch'egli ne fa, si deve ritenere la monografia del Singer come un documentato e pregevole studio di terapia.

L'editore ne ha fatto un'edizione molto nitida e corretta, che viene ad accrescere la raccolta delle sue pubblicazioni sempre improntate a serietà e a diligenza critica.

V. ASCOLI.

A. REUSS. *Suuglingsernährung* (*Bücher der ärztlichen Praxis*). H. 13. Julius Springer, Wien 1929. Mk. 3.

Nell'odierna pletora di pubblicazioni che si occupano dell'alimentazione del neonato, riesce spesso difficile trovare il giusto equilibrio, per il quale la lettura non riesca tediosa e di scarso profitto.

Questo volumetto del Reuss racchiude in un centinaio di pagine tutto ciò che deve essere conosciuto sull'argomento, e risponde bene allo scopo per il quale fu scritto, di fornire cioè al medico pratico tutte le nozioni necessarie per dirigere un neonato nel difficile campo dell'alimentazione.

Accanto alle regole per l'allattamento al seno e per quello misto, vi si potranno trovare anche le indicazioni per condurre bene l'alimentazione artificiale, il tutto corredato da ampi cenni di patologia infantile, con la relativa terapia, ispirata alle più recenti acquisizioni scientifiche.

È perciò un volumetto raccomandabile al pratico, per concisione e completezza.

M. FABERI.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Reale Accademia di Medicina di Torino

Seduta dell'8 marzo 1929-VII.

Presidente: Prof. DIONISIO.

Esperienze biologiche sull'azione antagonista di alcune radiazioni.

Dott. ARMANI. — L'O. dalle sue esperienze crede di poter concludere:

1) che i semi di pisello si prestano benissimo per gli esperimenti sull'azione antagonista delle radiazioni;

2) che gli esperimenti fatti, confermano l'esistenza d'un'azione antagonista fra raggi ultra-rossi visibili e roentgen;

3) che l'azione antagonista sembra cessare qualora la dose roentgen sia molto elevata e qualora i raggi ultra-rossi siano applicati a notevole distanza di tempo da quelli roentgen;

4) che l'antagonismo sembra essere più spiccato se al fascio di raggi ultra-rossi è commisto anche quello dei raggi visibili emessi dalla lampada.

Spasmo di torsione ed atetosi. Localizzazioni circoscritte.

Prof. ROASENDA. — Presenta tre casi clinici. Il primo si riferisce ad una paziente, che ha manifesti movimenti atetosici localizzati alla musculatura di un piede. Tali fenomeni si sono presentati in seguito ad emiplegia infantile. Attualmente la musculatura della coscia nell'arto in cui esiste l'atetosi, dell'arto superiore e del facciale inferiore è in buone condizioni di funzionamento e non presenta disturbi della motilità. Il secondo ammalato è affetto da uno spasmo di torsione localizzato ad uno degli arti superiori, nel lato opposto si hanno esiti di emiplegia. Si tratta di una lacunare.

Il terzo ammalato soffre di una forma speciale di torcicollo spasmodico; questo paziente ebbe parecchi anni addietro una encefalite epidemica ed i disturbi motori presentati sono una conseguenza di essa. Oltre al torcicollo l'ammalato presenta indubbi segni di lesione piramidale ed extra-piramidale e per l'attitudine e per altre considerazioni fa pensare ad una *rigidità decerebrata.*

Questi tre pazienti appartengono a tipi clinici fino a poco tempo fa considerati assolutamente indipendenti fra di loro ed ora invece ritenuti conseguenti a lesioni dello striato. I casi sopra ricordati confermano questo concetto.

VILLATA.

Associazione Medica Triestina.

XVII adunanza scientifica del 23 febbraio 1929.
Presidente: Prof. A. COFLER.

La tubercolosi polmonare nelle fasi di maternità.

Il prof. EMILIO ALFIERI giunse alle seguenti conclusioni:

1) Ogni caso deve essere considerato a sè (secondo le caratteristiche cliniche, le contingenze economiche della paziente, ecc.).

2) Nella generalità dei casi è applicabile l'indirizzo medico conservativo.

3) L'interruzione della gravidanza si eseguisce nelle forme evolutive accertate, dopo un periodo di osservazione clinica ed allora si avrà una probabilità di risultato durativo se eseguita l'interruzione entro il IV mese.

L'organizzazione di una completa assistenza alle madri tubercolose (assistenza che si potrà esplicare mediante la provvida Opera Nazionale per la maternità e l'infanzia e mediante l'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi), renderà sempre meno frequente la necessità dolorosa dell'aborto terapeutico, e sempre più efficente il valore sociale della prole.

A questo tendono le aspirazioni dei medici coscienti e per questo mezzo essi vogliono validamente concorrere all'incremento demografico ed alla realizzazione del programma preveggente e saggio del Duce, primo artefice delle fortune d'Italia.

Il Segretario: Dott. E. RONCALLI.

Società Medico-Chirurgica Bellunese.

Seduta del 2 dicembre 1928.
Presidenza: Prof. PIERI, presidente.

Emorragie meningee nel corso di malattie infettive acute.

Prof. L. MANINI. — Nella sua pratica ospedaliera ha osservato tre casi di emorragia meningea nel corso di forme infettive acute.

Nel primo caso si trattava di un giovane con porpora emorragica acuta in cui insorse una sindrome meningea; la puntura lombare estrasse liquido spiccatamente ed uniformemente emorragico, e ripetuta in seguito dimostrò come il liquor andasse progressivamente chiarificandosi.

Il secondo caso concerne una donna accolta in Ospedale colla diagnosi di meningite tubercolare, in cui la puntura lombare dimostrò liquor a forte pressione intensamente colorato di sangue; la colorazione ematica persistette per varii giorni, poi gradualmente il liquor si chiarificò e parallelamente il quadro meningitico guarì. La patogenesi di questa emorragia meningea rimase oscura.

Il terzo caso fu osservato in una giovane donna inviata in Ospedale colla diagnosi di meningite tubercolare; come nel caso precedente la puntura dimostrò liquor intensamente ematico, che in seguito si chiarificò mentre le condizioni della malata migliorarono, e la guarigione sopraggiunse dopo un mese e mezzo di degenza.

L'O. pensa che in questi due ultimi casi in cui furono negative le culture del sangue e del liquor, e le ricerche sierodiagnostiche si sia trattato di manifestazioni di influenza (ambedue i casi coincidettero con pandemie influenzali): è noto il carattere fortemente iperemizzante dell'infezione influenzale.

Sarcoma osseo con anemia splenica aplastica.

Dott. G. LISE. — Un bambino di 4 anni entrò in Ospedale nel luglio u. s. perchè da 4 mesi è deperito progressivamente e da un mese si lamenta di dolori alla coscia sinistra con zoppicamento.

È un bambino gracile, estremamente pallido; cospicuo aumento di volume della milza, dura indolente; liquido libero nell'addome. Wassermann negativa. Reperto ematologico di anemia aplastica. Il femore sinistro ingrossato nella sua parte superiore e dolente; la radiografia dimostra una iperostosi fusiforme, e pone il problema della diagnosi fra un tumore periostale e un'osteomielite cronica.

L'intervento operatorio, a scopo sopratutto diagnostico, dimostra trattarsi di un tumore centrale che si asporta per quanto è possibile col cucchiaio. L'esame microscopico rivela la struttura di un sarcoma a grosse cellule rotonde.

Il tumore del femore recidivò, comparvero nodi a carattere neoplastico alla mandibola, nella scapola e numerosi al cranio, con ecchimosi orbitale bilaterale.

Il bambino morì in estremo deperimento il 7 settembre.

La mancanza di autopsia impedì di risolvere il problema dei rapporti fra il tumore e il quadro clinico della emopatia (anemia aplastica con splenomegalia e ascite): interdipendenza o coincidenza causale?

Calcolosi e cancro della vescica.

Prof. G. PIERI. — Nei moderni trattati di urologia non si accenna alla possibile coincidenza e interdipendenza della calcolosi vescicale con il cancro, di cui l'O. ha osservato due casi, di cui dà relazione.

Il malato uscì dall'ospedale guarito e la guarigione persiste da 2 mesi.

Circa i rapporti di causalità fra calcolosi e cancro della vescica è difficile precisarli. Per quanto riguarda il primo caso (coesistenza del calcolo e del tumore) si può pensare che la presenza del calcolo in vescica rappresenti uno stimolo il quale determini la localizzazione di quel *quid* ancora ignoto che chiameremo l'agente oncogeno. Ma nel secondo caso (comparsa del tumore dopo l'estrazione del calcolo) il problema è più complesso: si potrebbe pensare che il cancro si sia sviluppato sulla cicatrice della cistotomia, forse favorito da distopie cellulari verificatesi nel processo di cicatrizzazione; ma in tal caso i rapporti fra la pregressa calcolosi e il tumore restano egualmente oscuri.

Sulla cura chirurgica della tubercolosi del tenue.

Dott. N. BOSMIN. — Se è abbastanza frequente per il chirurgo l'occasione di operare la tubercolosi del cieco, ben di rado si presenta l'opportunità di intervenire efficacemente per la tubercolosi del tenue. L'O. riferisce su tre casi operati con successo dal prof. Pieri: (due di resezione, uno di esclusione intestinale).

In tutti e tre i casi il quadro clinico era quello di una occlusione cronica.

Su una epidemia di dissenteria bacillare.

Dott. O. BERTOLOTTI. — Nel comune di Sospirolo (nel quale l'O. esercita) si verificò la scorsa estate una grave epidemia di dissenteria bacillare localizzata a due frazioni (Mares e Volpes) che sono provvedute con acquedotto di ottima acqua potabile. I casi furono 17, di cui 6 con esito letale.

La diagnosi clinica fu sempre controllata colla sierodiagnosi.

Oltre il trattamente sintomatico l'O. praticò la terapia specifica col siero antidissenterico, di cui le comuni dosi di 10 e 20 cmc. si dimostrarono scarsamente efficaci, cosicchè si dovette ricorrere a dosi molto più alte; inoltre essa si dimostrò utile solo se intrapresa nello stato iniziale.

L'O., impressionato dalla violenza della epidemia, oltre ad aver disposto le opportune misure di isolamento, adottò la vaccinazione antidissenterica preventiva, vaccinando tutti coloro che potevano avere contatto coi malati, e il risultato fu davvero lusinghiero perchè nessuno di essi si ammalò.

Il Segretario: G. LOCATELLI.

Società di Coltura Medica della Spezia e Lunigiana.

Seduta del 25 gennaio 1929.

Presidente: prof. RINALDO CASSANELLO.

Sulla necessità di disciplina nel commercio del latte.

Prof. Dott. LEONE SESTINI. — L'O. dà notizie rilevate presso il locale Ufficio d'Igiene.

Comunica che circa la metà dei campioni di generi alimentari prelevati dai Vigili Sanitari sul mercato, si sono trovati sofisticati o adulterati, in quest'ordine decrescente: pasta da minestra (80 %), latte (59 %), burro (48 %), olio (21 %), pane (18 %) e vino (14 %).

Le sofisticazioni più gravi in rapporto alla salute avvengono sul latte, perchè ne alterano profondamente la composizione ed il valore nutritivo. Ma alcune alterazioni e variazioni dipendenti dalla cattiva custodia e conservazione del latte e dalle numerose manipolazioni cui questo va soggetto nel consumo al minuto, sfuggono alle inchieste delle autorità anche le più attente (contenuto batterico, quantità di sudiciume). Sono appunto quelle che rendono il latte profondamente sospetto, per cui è necessario sterilizzarlo prima dell'uso.

Si deve far voti per il sollecito impianto alla Spezia di uno Stabilimento Centrale, nel quale tutto il latte destinato al consumo sia convenientemente lavorato, sotto la sorveglianza della autorità sanitaria comunale, prima di essere ammesso al consumo e che il commercio al minuto sia ancora più sottoposto a sorveglianza e disciplina, specialmente in riguardo alla lotta contro la tubercolosi.

Di un sintomo patognomonico delle suppurazioni peri-tonsillari.

Prof. Dott. ALFREDO LUZZATTI. — L'O. premette che il sintomo di cui intende parlare non è affatto nuovo nella semejologia delle affezioni tonsillari e peritonsillari: solo esso non viene considerato come meriterebbe la sua importanza nel campo diagnostico.

Parlando di affezioni peri-tonsillari intende essenzialmente riferirsi a quelle anteriori vale a dire alle raccolte purulente che si formano nel recesso sopratonsillare. Di fronte a queste il medico pratico e lo specialista si trovano spesso nel dubbio se esista una raccolta purulenta e se questa meriti, per la sua quantità, un intervento operativo.

Il sintomo, secondo l'O., costante nelle suppurazioni peritonsillari, è dato dall'alterazione della voce, che prende una risonanza nasale perfettamente osservabile fino dal primo momento, e che ha spesso permesso all'O. di fare la diagnosi appena intese parlare l'ammalato.

Viceversa nelle ipertrofie tonsillari, come pure negli ascessi intra-tonsillari la voce non è alterata, o almeno essa potrebbe avere un carattere speciale dato dalla mancanza della risonanza nasale non già quella dovuta alla risonanza aperta.

Anemia grave acuta da ulcera duodenale latente.

Dott. ENRICO CAVALLINI. — Nel caso clinico è importante notare che dei tre sintomi su cui è basata la diagnosi di ulcera duodenale e cioè: vomito, dolore tardivo ed emorragia, quest'ultima, anche se il vomito o il dolore tardivo manchino permette di fare la diagnosi.

Trattamento della placenta previa.

Dott. ACHILLE ZACUTTI. — L'O. ha praticato sei tagli cesarei addominali conservatori in rachianalgesia tutocainica, ottenendo la guarigione delle madri e dei neonati, tranne uno nato premorto; ritiene necessaria la precoce ospedalizzazione della donna gravida con sola placenta previa; considera la placenta previa come una indicazione del taglio cesareo non già per l'entità del tessuto placentare che si inserisce sul segmento inferiore, quanto per l'intensità della emorragia.

La mortalità fetale che è altissima cogli altri comuni metodi di trattamento della placenta previa è assai bassa col taglio cesareo.

Nella scelta del metodo operatorio dà la preferenza, nei casi puri, al taglio cesareo conservatore con incisione sul fondo e in caso di sepsi in atto oppure sospetta, all'isterectomia subtotale.

C.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

La diagnosi funzionale delle malattie del pancreas.

I metodi di ricerca delle malattie del pancreas, secondo N. M. Gubergritz (*Med. Klin.*, 28 dec. 1928), si dividono in due gruppi; al primo appartengono le ricerche dei succhi dello stomaco e del duodeno, e delle feci, mentre al secondo appartengono le ricerche del sangue e dell'urina.

In primo luogo bisogna rammentare, nel primo gruppo, la determinazione dei fermenti pancreatici nel succo gastrico, dopo l'ingestione di grassi, secondo Boas e Boldyrew. Tale metodo ha però lo svantaggio di non poter essere applicato in una serie notevole di malattie gastriche (per es. nelle stenosi spastiche od organiche del piloro); inoltre l'acidità gastrica modifica talora notevolmente i poteri digestivi del succo pancreatico; ed infine non sempre si riesce a provocare il rigurgito di tale succo.

E ciò vale anche per i metodi della ricerca frazionata dell'acido cloridrico (Apperly-Cameron), e della ricerca qualitativa del potere digestivo del pancreas secondo Basler.

Al primo gruppo appartiene pure la determinazione dei fermenti pancreatici col sondaggio duodenale, ottenendo il succo per mezzo di determinate eccitazioni, che determinerebbero un riflesso specifico del pancreas (etere, acido cloridrico, latte, ecc.).

Gli svantaggi del metodo sono rappresentati, oltre che dalla anormalità degli stimoli, molto differenti da quelli fisiologici, anche dal fatto che il succo ottenuto è mescolato con quello del fegato e dell'intestino, e talora anche con quello dello stomaco. Inoltre i valori della concentrazione e della forza dei fermenti pancreatici oscillano anche nei sani in limiti così vasti che riesce difficile stabilire cifre assolute sullo stato funzionale.

Tali critiche valgono ancor più per le ricerche nelle feci, nelle quali i fermenti pancreatici sono mescolati a grandi quantità di fermenti provenienti dalle sottostanti porzioni degli organi digestivi.

Al secondo gruppo appartiene la determinazione dei fermenti pancreatici nel sangue, e specialmente della lipasi e della diastasi. Tale ricerca è attendibile, specie coi metodi atti a differenziare la lipasi pancreatica da quella epatica (Rona, Strauss, Kwilecki). Un difetto è costituito dal fatto che, per ottenere resultati importanti, bisogna che egualmente importanti siano le alterazioni dell'organo. La determinazione che si ottiene, perciò, per quanto attendibile, non è capace di farci svelare le alterazioni funzionali di lievi entità, non legate a lesioni organiche gravi.

Allo scopo dunque di conoscere lo stato dinamico-cinetico dell'organo, l'A., in unione di collaboratori, cominciò ad indagarne il potere funzionante, sulla base di dati fisiologici.

Si assodò in tal modo che la secrezione pancreatica può essere rappresentata in due momenti diversi: da un lato vengono formati i fermenti nelle cellule, sotto l'influsso del sistema nervoso vegetativo; dall'altro lato questi fermenti vengono eliminati dalle cellule per influsso della secretina, e seguono il loro destino.

Osservando la curva dei fermenti nell'achilia gastrica, si vede che il succo eliminato è ricco in fermenti, ma la sua quantità è scarsa, il che avviene per il fatto che le cellule sono cariche di fermenti, i quali, mancando la secretina, restano allo stato stagnante, passando poi nel sangue circolante. È allora sufficiente esercitare uno stimolo con 30 cmc. di soluzione di acido cloridrico al 0,5 %, per vedere che i valori della concentrazione si abbassano notevolmente, perchè vengono in tal modo mobilizzati i fermenti. Il che, in ultima analisi, vorrebbe significare che, anche negli stati morbosi, un aumento di concentrazione di fermenti nel pancreas non è l'indice dell'intensità di lavoro dell'organo.

Con ulteriori pazienti ricerche si riuscì a constatare che il lavoro del pancreas può essere accordato alla dieta praticata, in modo da veder secreti abbondanti quei fermenti necessari alla digestione della sostanza alimentare usata in prevalenza, con diminuzione degli altri. E tale adattamento si produce in un tempo più o meno lungo, a seconda dei soggetti. Ora, tale potere di adattabilità va perduto negli individui malati, e in maniera diversa, a seconda della malattia.

Il mezzo migliore per compiere tali osservazioni, e, per meglio dire, l'indicatore più sensibile del potere funzionante del pancreas, si è dimostrato essere la variazione quantitativa della lipasi atoxyl-resistente nel sangue. E la suddetta perdita di adattabilità, va congiunta proprio ad una mancanza di aumento di questa lipasi.

Qualora invece la detta lipasi si trovasse in gran quantità, se ne dovrebbe dedurre che la cellula pancreatica ha già subìto delle lesioni notevoli, tanto da riversarla nel torrente sanguigno in maniera notevole più dell'usato.

Si può dunque ritenere che, per giudicare delle alterazioni funzionali del pancreas, di quelle alterazioni cioè non legate ancora a modificazioni anatomiche, due specie di metodi sembrano essere i migliori: lo studio della curva di eliminazione del succo pancreatico sotto l'influsso di un'unica o di più eccitazioni (per es. con soluzione di acido cloridrico); oppure del potere di adattamento, secondo quanto sopra si è detto.

Tra gli svantaggi di tale metodica, il più

importante è quello di non essere applicabile, per la lunga durata delle osservazioni, altro che ai casi di malattie croniche del pancreas.

M. FABERI.

Le forme rare di vomito e di diarrea.

Glassner (*Wien. Klin. Woch.*, n. 12, 1929) distingue un vomito riflesso e un vomito centrale: in ambedue i casi la muscolatura dell'addome e il diaframma sono in posizione ispiratoria, e contemporaneamente il cardias è aperto. Il vomito centrale si ha nella compressione, nella infiammazione e nei disturbi di circolo del cervello, nelle intossicazioni, nelle crisi tabetiche, nella *lues cerebri*, nell'acetonemia.

Il vomito riflesso dipende da tutti gli organi che hanno un'innervazione vagale: nella colelitiasi, nell'appendicite, nella gastrite acuta, nell'ipersecrezione gastrica, a reazione acida, nelle stenosi del piloro, nelle occlusioni intestinali. Esiste poi una forma nervosa di vomito, che è facile a riscontrarsi nell'acetonemia dei bambini, nella gastromixorrea.

Fra le forme rare di diarrea sono da ricordarsi la diarrea nell'amiloidosi, nell'anemia perniciosa, nell'orticaria, nell'arteriosclerosi dei vasi addominali, nelle nefriti con edema della mucosa intestinale, nel m. di Basedow, nelle affezioni pancreatiche e gastriche, nel pemfigo.

Esistono infine le diarree della mixoneurosi, a parete intestinale intatta, e le forme puramente psicogene.

V. SERRA.

CASISTICA.

La sifilide congenita della prima infanzia.

I suoi aspetti clinici sono molteplici. Fondamentalmente si hanno dei segni cardinali o di certezza, e dei segni di sola probabilità. Tra i primi, che sono meno numerosi, van ricordati: i sifilodermi cutanei e mucosi, le alterazioni scheletriche, del globo oculare e dei denti.

Più frequenti e numerosi sono i segni del secondo gruppo: splenomegalia, coriza permanente, manifestazioni nervose, melena, nefriti, ittero, anemie, adeniti ed altri. Péhu e Brodier (*Le Journ. de méd. de Lyon*, febbraio 1928) descrivono varie forme cliniche, e precisamente:

a) una forma maggiore (*majeure*) che si avrebbe, di rado, solo nei primi mesi della vita, e di diagnosi non difficile per la coesistenza di moltissimi segni;

b) una forma comune con diverse varietà: denutrizione generale e splenomegalia, tipo nervoso, tipo anemico, tipo rachitico, morbo di Parrot;

c) una forma ritardata, i cui segni appaiono dopo una lunga incubazione;

d) una forma larvata che si deve sempre accuratamente ricercare potendo mentire altre affezioni.

L. TONELLI.

Tre generazioni di tubercolosi emottoica: eredità bacillare e sanguigna.

Troisier (*Revue de la Tuberculose*, 1928, agosto) ha avuto occasione di osservare tre casi di tubercolosi emottoica in donne appartenenti a generazioni successive.

Nella prima generazione si trattava di una donna affetta da tubercolosi pulmonare, che nel corso della prima gravidanza ebbe abbondanti emottisi e morì un mese dopo il parto.

La figlia allontanata dalla madre subito dopo la nascita fu allattata da una donna robusta, si sviluppò regolarmente e all'età di 4 anni ebbe abbondanti emottisi. Parve guarita, si maritò giovane ed ebbe due figli. Dopo di che ebbe disturbi della sfera genitale ed un ginecologo accertò l'esistenza d'un'annessite tubercolare che guarì dopo qualche anno di cure.

Dei due figli una ragazza molto bene sviluppata ebbe a 16 anni emottisi, poi una pleurite destra, e dopo qualche tempo ancora un'emottisi. Fece la cura dell'alta montagna e guarì del tutto.

Nei due ultimi casi è da escludere il contagio domestico o familiare.

Tutto fa ritenere che la nonna affetta da tubercolosi generale abbia trasmesso per via placentare il virus alla figlia, e che questa sempre per via placentare l'abbia trasmesso alla nipote.

L'osservazione è interessante anche per la ripetizione di una manifestazione clinica, l'emottisi, in tre generazioni.

Ed è interessante anche che a quest'ereditarietà morbosa corrisponde la trasmissione ereditaria dello stesso gruppo sanguigno, come si è potuto constatare nella seconda e terza generazione. Le donne di tutta la famiglia possiedono l'agglutinogeno A (gruppo II) mentre tutti gli uomini sono senza agglutinogeni (gruppo IV).

DR.

Trasmissione ereditaria della malaria.

In base a proprie ricerche, R. Odriosola (rif. in *Rev. espan. de medicina y cirugia*, luglio 1928) conclude che la malaria può trasmettersi dalla madre al feto, specialmente se, durante la gravidanza si è avuta una manifestazione acuta o si è iniziata la malaria.

L'A. consiglia quindi di ricercare sempre il parassita malarico nelle donne gravide con febbre, nelle regioni malariche.

Oltre alle forme cliniche che si osservano nell'adulto, si osservano nel neonato la forma cachettica e quella meningitica.

fil.

TERAPIA.

I progressi della terapia nel 1928.

Harvier (*Paris Méd.*, 1 dic. 1928) tra i principali progressi affermatisi o consolidatisi durante il 1928 considera: per i *medicinali*, l'ergosterina irradiata nel rachitismo, l'acetilcolina nella sindrome di Raynaud, la lobelina negli arresti del respiro, le piretrine come antielmintici, il cloruro ammonico come acidificante delle urine, i nuovi glucosidi dell'*Adonis*, ecc.; tra le *medicazioni*: l'epatoterapia delle anemie, la piretoterapia e in particolare la malarioterapia della neurolue, il trattamento delle flebiti col sanguisugio, dei pruriti con la bromoterapia endovenosa, del cancro col piombo ecc.; prende anche in esame le terapie antibatteriche biologiche (antivirus, batteriofago) e le sieroterapie. V.

Chinino ed aborto.

Una donna, in seguito a sospensione delle mestruazioni, prende per consiglio di altra persona delle pastiglie di chinino, che ingerisce durante un bagno al fiume. Al ritorno a casa, si manifesta emorragia piuttosto forte che dura per un paio di settimane e che il medico giudicò dovuta ad aborto. Qualche mese dopo, in seguito a nuova sospensione delle mestruazioni, la donna prende delle altre pastiglie (3-4 al giorno) che determinavano in lei ronzii di orecchio, nausee, vomiti e diarrea; in seguito ebbe nuovamente emorragie, che cessarono dopo la somministrazione di un emostatico e che vennero considerate da un ginecologo come aborto. L'individuo che aveva dato tali pastiglie alla donna disse che si trattava di aspirina. La donna venne processata per aborto e la Corte pose i seguenti quesiti: 1) È il chinino un abortivo specifico, sicuro? Possono i bagni caldi aiutarne l'azione? 2) Se il chinino è da ritenersi soltanto un abortivo relativo, in quali condizioni può favorire l'aborto? 3) Può il chinino a dosi di g. 0,4-1 determinare ronzii di orecchi e crampi? In mancanza di tali fenomeni, si può pensare che esso abbia avuto azione?

A. Haberda (*Wiener Klin. Wochens.*, 25 aprile 1929), ha dato la seguente risposta, accolta dalla facoltà:

1) non vi sono mezzi abortivi specifici. È noto soltanto che diversi veleni, per mezzo di intossicazione generale possono disturbare la gravidanza, sia determinando contrazioni uterine, sia emorragie uterine, sia arrivando al feto e facendolo morire;

2) il chinino non possiede, nell'uomo, tale azione specifica. Esso può rafforzare i dolori uterini (contrazioni) soltanto quando questi già esistono; nell'utero gravido tranquillo, non ha affatto azione;

3) nonostante tutto questo, il chinino viene spesso usato con intenzioni abortive, ma non è noto nessun caso in cui si è riusciti nell'intento;

4) per quanto riguarda la fattispecie, la prima volta non si può dire che si sia trattato di aborto, in quanto che non è dimostrato che la donna fosse realmente gravida;

5) nella seconda volta, si può ritenere che la donna fosse gravida, ma non è dimostrabile che il chinino abbia determinato l'aborto. Se anche ne fosse stata presa una maggiore quantità, aiutandosi con dei bagni caldi, non si può dire che l'aborto sia stato la conseguenza di queste pratiche.

Se poi sono mancati tutti i fenomeni d'intossicazione (vertigini, intontimento, ronzio d'orecchi, sordità) tanto meno si può ammettere che la quantità di chinino ingerita abbia determinato l'aborto.

fil.

Il lobo anteriore dell'ipofisi.

L'organoterapia è oggi molto di moda: tra le varie glandole, l'ipofisi è una delle più studiate; il lobo anteriore dell'ipofisi ha sopratutto attratto l'attenzione degli osservatori e specialmente di Evans che se ne occupa dal 1925. Egli ha messo in evidenza l'influenza che il lobo anteriore esercita sullo sviluppo della statura e l'intima relazione che lega questa glandola a quelle seminali, alla tiroide e alla corteccia della surrenale.

Putnam, Teel, Benedict (*Am. Jour. Physiol.*, febb. 1928) hanno preparato sterilmente un estratto attivo del lobo anteriore dell'ipofisi che si è dimostrato capace, nell'animale, di riparare i danni dell'ipofisectomia e, applicato nell'uomo, ha dato risultati soddisfacenti.

V. SERRA.

Il ferro nella cura delle anemie.

La clorosi è oggi frequente: bassi valori di emoglobina sono un reperto abituale anche in persone senza malattie speciali; l'anemia secondaria è complicazione usuale di ogni malattia.

Helen S., Mitchell e Margery Vauglin (*J. Biol. Chem.*, 1928) hanno veduto che il ferro necessario per la produzione dell'emoglobina, somministrato anche in forma inorganica, è di grande giovamento: bastano per ciò piccole dosi, le grandi non essendo utilizzate.

Mitchell e Schmidt hanno poi visto che, somministrando acetato, albuminato, cloruro e citrato di ferro si ottenevano buoni risultati: l'ossido di ferro, il carbonato, il lattato erano

di minore efficacia (si noti che le pillole di Blaud contengono appunto carbonato di ferro).

V. SERRA.

Esantema da luminal.

W. Meninger (*Journ. amer. med. assoc.*, 7 luglio 1928) riporta 3 osservazioni di esantemi da luminal, verificatisi su 400 individui che avevano preso il medicamento.

Dalle sue osservazioni e da quelle della letteratura, risulta che la dose capace di dare l'eruzione varia da 30 cg. a 17 g. Si devono distinguere due ordini di fatti: un'eruzione precoce, del tipo di orticaria che si ha all'inizio della somministrazione e presenta i caratteri delle reazioni anafilattiche; ed un'eruzione di natura tossica, di comparsa più tardiva, con i caratteri di eritema morbilliforme o scarlattiniforme. Quest'ultimo tipo dura 2-10 giorni e scompare senza lasciar tracce. Si accompagna spesso ad un attacco febbrile e talora a segni generali, più o meno marcati.

L'A. insiste sul fatto che tali eruzioni sono assai rare, in confronto del grande uso che si fa del luminal e di prodotti simili.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Cura delle efelidi. — All'abb. n. 7601-2:

Le efelidi, oltre ai metodi preventivi (evitare cioè l'azione diretta della luce solare ed anche di quella troppo intensa delle lampade elettriche), consiste nell'uso, fatto con ogni cautela, di sostanze esfoglianti, cioè che producano la caduta degli strati epidermici più superficiali.

Una buona formula è la seguente:

Acqua ossigenata a 12 vol.	gr.	15
Vaselina	»	10
Grasso di lana	»	5
Ossido di zinco	»	1
Sublimato corrosivo	centgr.	5

Mesc. esatt. fino a consistenza di crema.

L'uso di questa crema deve essere proporzionato alla tolleranza dell'infermo ed alla reazione che si produce nella parte, la quale va sorvegliata affinchè non si verifichino fenomeni infiammatorii tali da dar luogo a cicatrici.

Per prevenire le efelidi, nelle persone che si espongono alla luce solare, si può usare la seguente pomata:

Bisolfato di chinina gr. 1
 sciogli in:
Acqua distillata q. b.
 aggiungi:
Glicerolato di amido q. b. p. f. » 30
 di peso totale.
Mesc. esatt.

La chinina trattiene i raggi ultravioletti della luce e quindi giova per rendere meno visibili le efelidi che sono di solito influenzate dai raggi stessi.

N. B. - Si badi di non confondere le *efelidi*, nel vero senso della parola, con le *lentigini*.

V. MONTESANO.

VARIA.

L'alcoolismo mondano. La nocività dei cocktails.

L'alcoolismo mondano, dopo la guerra, ha assunto proporzioni veramente impressionanti e l'intossicazione per bibite, dette cocktails, è divenuta uno dei problemi sociali più importanti da risolvere. Ciò si verifica sopratutto nella classe ricca, sia negli uomini che nelle donne; tutti gli ambienti mondani ne sono stati contaminati, dai viveurs, che frequentano i grandi bars, agli uomini e alle donne in apparenza i più moderati nei loro gusti e nel loro tenore di vita.

Prima della guerra l'intossicazione da cocktails si trovava solamente nella clientela straniera e in alcuni ambienti mondani di corse, di teatro, ecc. Oggi il numero dei bars è divenuto favoloso, ma più impressionante ancora è il vedere che il bar non si trova più solamente negli hôtels e nelle grandi strade delle metropoli, bensì nello stesso ambiente famigliare.

Ogni giovane donna, appartenente alla migliore società, è felice di fare gli onori del suo bar nel suo salotto, vantando i cocktails che ella prepara, ed il cocktails e il vino porto hanno sostituito quasi completamente, in molti salotti mondani, l'abituale the.

Ma v'ha di più: si preparano i bars portatili per automobili, si fabbricano mobili, moderni ed ultramoderni, nei quali anche il bar trova il suo posto, nè si deve credere che tutto ciò avvenga solo nelle capitali, perchè in campagna, nei castelli, sulle spiaggie, nelle ville, nelle stazioni termali, negli hôtels, dovunque la mania del cocktail impera.

Sull'arte di preparare i coktails esiste una numerosa bibliografia, che certamente non vale la pena qui di riportare; ciò che invece è interessante conoscere è la composizione di questi cocktails, recentemente comunicata da Guillain all'Accademia di Medicina di Parigi, in seguito ad una sua inchiesta fatta sulle principali preparazioni richieste nei bars di Parigi o preparate nelle case.

In base alla sua statistica risulterebbe che i principali cocktails sarebbero il Gin cocktail, il Manhattan, lo Champagne cocktail, il Bronx dry, il Side car, il Gin Fizz, il Wisky Flip, l'Egg nogg, la Rosa, il Knock out, e di

ognuno la composizione sarebbe la seguente:

Gin cocktail: 2/3 gin, 1/3 vermouth, alcune goc. di angusture.

Manhattan: 2/3 wisky, 1/3 vermouth, alcune goc. di angusture.

Champagne cocktail: zucchero saturato di bitter à l'angusture, champagne, buccia di limone.

Bronx dry: 1/3 gin, 2/3 vermouth, succo di arancio.

Side car: 1/3 curacao secco, 1/3 brandy, 1/3 succo di limone.

Gin Fizz: 1 bicchiere di gin, 1 cucchiaino di zucchero o di sciroppo di gomma, succo di un limone.

Whisky Flip: 1 bicchierino di whisky, 1 uovo fresco battuto, 1 cucchiaio da tavola di zucchero, noce moscata.

Egg nogg: 1 bicch. di brandy, 1 bicch. di rhum, 1 uovo, 1/2 cucchiaino di zucchero, ghiaccio pistato, latte fresco, noce moscata.

Rose: 2/3 vermouth, 1/6 kirsch, 1/8 di sciroppo di ribes.

Knok out: 1/3 gin, 1/3 vermouth, 1/3 di assenzio, menta.

Tutte queste bibite sono prese in bicchieri di vetro da 7, 12, 25 centilitri, più spesso il bicchiere da cocktail contiene 75 cmc., per cui la quantità di alcool, assorbita dai bevitori di cocktails, come può facilmente vedersi, non è certo indifferente, anche perchè non è di uno solo che costoro si contentano, ma bensì sono due-tre cocktails che alla fine della giornata, questi bevitori hanno ingerito.

I disturbi determinati da questa intossicazione sono molteplici: in linea generale, sono quelli dell'alcoolismo cronico.

Le turbe digestive sono le più frequenti: inappetenza, ipercloridria, fenomeni spasmodici pilorici, congestioni epatiche dolorose, enteriti.

Non è difficile riscontrare in tali malati una tachicardia permanente, sensazione d'angoscia precordiale, tendenze sincopali.

Tali disturbi insorgono quasi sempre la notte e gli stessi pazienti assicurano la loro insorgenza, dopo l'ingestione di parecchi cocktails.

Le turbe nervose sono in prima linea: insonnia semplice, astenia fisica e psichica, stati depressivi ansiosi, inattitudine al lavoro intellettuale, e quando l'intossicazione è prolungata, i soggetti presentano uno stato di eccitazione continua con mobilità delle idee, cambiamenti di carattere, impulsi collerici, ecc.

Crisi epilettiche tardive sono state riscontrate in soggetti di 25-30-35 anni, in rapporto certamente ad uso smoderato di cocktails, e così anche parestesie, algie multiple e polinevriti gravi.

Nè debbono essere dimenticate le conseguenze disastrose di questa specie di intossicazione alcoolica: lo attestano i bambini, detti nervosi, ritardatari, deboli, idioti, concepiti da questi generatori alcoolisti.

Di fronte a queste constatazioni, è logico che s'impone la necessità di qualche provvedimento.

Fra le misure di profilassi contro l'alcoolismo, la proibizione non è certo la migliore, non essendo opportuno giungere mai alle esagerazioni. Tuttavia se il vino, la birra, a dosi moderate, non sono nocivi, l'alcool puro, il gin, il wicky, quindi i cocktails, rappresentano un vero pericolo.

Tali ragioni hanno indotto il dott. Guillain a richiamare l'attenzione dei colleghi della Sezione d'Igiene dell'Accademia di Medicina di Parigi, la quale, nella seduta del 30 aprile u. s. (rif. in *Bull. Ac. de Méd.*, n. 16), approvando le conclusioni del dott. Guillain sulla nocività dei cocktails, emetteva un voto, « raccomandando l'astensione da queste bevande alcooliche assai pericolose per la salute ».

Senza dubbio la classe sociale ricca, messa sull'avviso, abbandonerà questa moda, determinata niente altro che da uno snobismo mal compreso, che però può condurre a conseguenze serie nella società, sia per l'equilibrio fisico e intellettuale degli individui sia per la loro discendenza.

A. POZZI.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

U. FABRIS. *Influenza delle basse temperature sulla rigenerazione e funzionalità dei tessuti articolari lussati e ridotti.* — Tip. G. Campi, Foligno, 1929.

G. PROTTI. *La emoterapia parenterale nella vecchiaia e nell'esaurimento.* — Grafiche Sorteni, Venezia, 1928.

G. MENGANO. *Sulla quantità di acqua contenuta nelle forme duratùre del bacillo del carbonchio in rapporto alle forme vegetative del medesimo e di altri batteri.* — La Nuovissima, Napoli, 1929.

M. PENNETTA. *La percussione a scatto.* — Riforma Medica, Napoli, 1928.

D. VIOLA. *La fecondazione senza coabitazione e la sua importanza in Medicina Legale.* — Tip. Cooperativa Parmense, Parma, 1929.

E. FOIS. *Un caso di rabbia umana tardiva.* — Tip. V. Musanti, Cagliari, 1929.

B. TRAMBUSTI. *Proposta di una nuova prova intradermica tubercolonica.* — Tip. Stucchi-Ceretti, Milano, 1929.

F. PARKES WEBER. *Endocrine Tumours.* — J. Bale, London, 1929.

Clinica Otorinolaringologica della R. Università di Napoli. — Unione Tip. Combattenti.

F. BARETTONI. *Sulle fratture del calcagno.* — Ed. Cassa Naz. Infortuni, Roma, 1929.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

In sede di bilancio del Ministero dell'Interno.

La politica igienico-sanitaria e quella di assistenza e beneficenza pubblica sono state oggetto di un ampio dibattito alla Camera dei Deputati nelle tornate del 5 e del 6 giugno.

L'on. Carapelle chiede se non sarebbe utile ricondurre alla Direzione generale della Sanità tutte quelle funzioni e attribuzioni di ordine sanitario, che oggi sono sparse presso altri Ministeri o che sono affidate ad organi parastatali. Se una deve essere la battaglia sanitaria, è bene che una sia la mente direttiva, anche se gli organi sono diversi.

L'on. Zingali ha preso in esame il problema demografico. Ha accennato all'efficienza dei servizi sanitarî ed ha rilevato che, in regime fascista, la mortalità è discesa da 17,7 ‰ nel 1922 a 15,7 ‰ nel 1928. Plaude alla creazione dell'Istituto Centrale di Statistica.

L'on. Maresca si è pure soffermato sul problema demografico, insistendo sulla politica di attaccamento alla terra, attraverso la bonifica integrale e la costruzione di centri rurali. Propone che i comuni dichiarati luoghi di cura passino alla categoria superiore, come si è fatto per i segretari comunali, e domanda se non sia il caso di costituire, alle dipendenze dei Consigli Provinciali dell'Economia, dei Comitati per le stazioni di cura, con carattere provinciale. Segnala la necessità di far sorgere molti ospedali consorziali, al cui mantenimento potrebbero contribuire anche i comuni interessati. Crede che le quattro grandi Istituzioni: Opera Maternità e Infanzia, Opera Balilla, Dopolavoro e C.O.N.I., potrebbero avere una direzione unica, senza temere che possano cadere nel burocratismo.

L'on. Sardi si occupa dello sviluppo della cinematografia educativa.

Il sottosegretario on. Bianchi, in un lungo ed efficace discorso, ha rilevato che nel campo dell'assistenza e beneficenza pubblica, la legge sulla protezione della Maternità e dell'Infanzia, il cui bilancio si aggira attorno agli 80 milioni, è stata integrata, oltre che dal suo particolareggiato regolamento, dalle disposizioni legislative e regolamentari dirette al riordinamento dei servizi di assistenza dei fanciulli illegittimi abbandonati o esposti all'abbandono. La legge 4 marzo 1928 ha riconosciuto su nuove basi l'Istituto della Congregazione di Carità, ma bisogna procedere per gradi, e tener conto di un complesso di delicati fattori e circostanze, anche di ordine psicologico. La beneficenza, in Italia, ha, in gran parte, carattere volontario e per ciò deve essere accuratamente evitato tutto ciò che possa avere l'effetto di inaridirne le fonti. Se, infatti, tale eventualità si verificasse, occorrerebbe estendere in modo considerevole ogni forma di assistenza legale, con conseguente sensibile aggravio dello Stato e degli Enti locali, e perciò dei contribuenti.

D'altra parte, nell'orbita delle attuali disposizioni di legge, possono essere sempre compiute e si vanno infatti compiendo importanti riforme nell'ordinamento delle istituzioni locali di assistenza e beneficenza.

Ricorda, al riguardo, una sua circolare dello scorso ottobre ai prefetti e dichiara che il Ministero dell'Interno seguirà attentamente l'attività delle Prefetture, in questo delicatissimo campo dell'azione amministrativa, e non mancherà di intervenire, ove se ne addimostri la necessità.

Non è necessario indugiare sul valore che il Governo Fascista attribuisce all'attività degli organi amministrativi in materia sanitaria e di profilassi sociale. In questa materia c'è un solo limite: le possibilità concrete del bilancio.

* * *

I servizi igienico-sanitarî sono stati ampiamente discussi al Senato nella tornata del 15 giugno.

Il sen. Maragliano ricorda che il Capo del Governo li ha definiti compito principale del regime. È opportuno non solo, ma doveroso parlarne, perchè il Paese sappia quanto il Governo ha fatto per la salute della stirpe.

In questi servizi, da quando il Duce con mano vigorosa ne ha prese le redini e ne ha fatto funzione di Stato, la lotta antitubercolare occupa il primo posto. Così alla guerriglia di ieri è sostituito un fronte unico costituito da tre unità combattenti: i Consorzi, l'Assicurazione obbligatoria, l'Opera di assistenza della fanciullezza, fiancheggiate dalla Croce Rossa, dalla Associazione Invalidi di guerra, dalla Federazione fascista per la lotta antitubercolare, da tutte le istituzioni educative e civilizzatrici create dal Regime.

Analizza questa azione, rivolta alla creazione dei siti di cura, base della lotta assistenziale, e loda il piano organico di essa, consistente nella fondazione per ogni provincia e specialmente presso il capoluogo di un ospedale-sanatorio, che in primo tempo provvede ai servizi di cura e di ricupero: non è un tubercolosario nel senso di ricovero di soggetti inesorabilmente condannati, ma un sito di cura specializzato, da cui si può uscire guariti.

Agli ospedali principali seguiranno i centri sanatoriali di alta montagna. Nè solo si creano gli strumenti dell'assistenza, ma si provvede alla preparazione di medici specializzati, con la creazione dell'« Istituto Mussolini ».

L'oratore accenna ai vari servizi della Sanità, così bene diretti, ma nota la necessità di avere un corpo sanitario preparato a coadiuvare nel Paese l'opera dell'ufficio statale.

Nota con rammarico che le vaccinazioni preventive contro le malattie infettive non siano an-

cora adottate in Italia, mentre si diffondono altrove: parla di quella contro il tifo, decretata per legge e raramente eseguita ed accenna alla vaccinazione preventiva contro la tubercolosi.

Termina facendo osservare che oggi, innanzi all'alto posto che ad essi il Duce lungimirante assegna nel novero delle funzioni statali, i servizi di sanità abbiano ragione di essere concentrati in un apposito dicastero, e per intanto propugna la ricostruzione dei laboratori di sanità creati da Crispi e distrutti da Rudinì.

Il sen. Marchiafava si compiace per le migliorate condizioni della sanità pubblica in Italia e afferma che questo notevole miglioramento si deve alle misure del Governo fascista.

Rileva con soddisfazione che il Governo non disarma nella lotta contro la tubercolosi ed enumera e illustra i più importanti provvedimenti da esso presi per combattere il terribile morbo.

Sostiene che si debba combattere un pregiudizio assai diffuso; quello cioè che non sia bene costruire dei sanatorî in prossimità delle grandi città.

Afferma che è necessaria l'osservanza scrupolosa delle leggi per la prevenzione della tubercolosi. A base di tutto, è quella che vieta la somministrazione di bevande alcooliche ai ragazzi inferiori ai 14 anni.

Conclude esprimendo la sua più assoluta fiducia nell'opera già intrapresa con tanto successo dal Governo.

L'on. Bianchi è lieto che durante la discussione al Senato si siano levate voci autorevoli su quanto ha compiuto il Governo fascista a favore della *sanità della stirpe*. Questa è necessaria, è indispensabile allo sviluppo e alla prosperità della società nazionale. Il Regime se n'è occupato e preoccupato intensamente e se ne ha una prova tangibile nelle provvidenze da esso emanate e accolte con grande soddisfazione nel Paese.

S'intrattiene sulla costruzione dei sanatorî, pei quali c'è stata una vera gara di feconde iniziative e di opere meritorie, e sulla necessità imperiosa di combattere inesorabilmente tutti i pregiudizi.

Concorda col senatore Marchiafava, che occorra sburocratizzare i Consorzi, i quali non devono affatto essere vivai di impieghi, ma hanno bisogno di rendersi sempre più agili nel loro funzionamento, per sempre più corrispondere allo scopo per cui sono stati creati.

Il problema antitubercolare ha bisogno, per la sua soluzione, della collaborazione fervida e dell'attivo concorso di tutti. Tale è l'augurio e la certezza del Governo, che, fra l'altro, incoraggerà quei medici i quali vorranno specializzarsi nella tisiologia.

Sarà pure combattuta con ogni rigore la diffusione dell'alcoolismo, limitando gli spacci esistenti e vietando l'apertura di nuovi.

Altra battaglia che il Governo combatte con grande energia e con ottimi risultati è quella contro la malaria. A questa darà il colpo di grazia la bonifica integrale.

L'on. Sottosegretario rileva quanto i provvedimenti per la sanità della stirpe siano sentiti anche dalle anime più semplici e quanta gratitudine susciti in esse.

A questo proposito egli ricorda un commovente episodio di cui fu protagonista una bambina calabrese, la quale, interrogata perchè essa e le persone della sua famiglia amassero Mussolini, così rispose: « Perchè Mussolini, ch'è il più forte di tutti, ci fa le strade, ci dà l'acqua e guarirà la malaria ».

L'on. Bianchi conclude il suo breve ed efficacissimo discorso affermando che il Regime fascista vincerà anche la battaglia contro la malaria, che esso ha già ingaggiata con un promettente inizio, per la salute del popolo italiano.

E così una perenne giovinezza fiorirà nella nostra Patria.

Il controllo igienico-sanitario sugli Stabilimenti balneari.

La Direzione generale di Sanità, in vista dell'imminente stagione balneare, ha richiamato l'attenzione di tutti i prefetti, del Governatore di Roma e dell'Alto Commissario di Napoli perchè sia esercitata la più assidua vigilanza sulla rigorosa applicazione delle norme igieniche vigenti per l'impianto e il funzionamento degli stabilimenti balneari e per un'oculata e severa vigilanza negli alberghi.

Non possono aprirsi o mantenersi in esercizio stabilimenti balneari se non con l'autorizzazione del prefetto, sentito il parere del medico provinciale, e tale autorizzazione non è soltanto per gli stabilimenti di nuova apertura, ma anche per quelli già in esercizio. Ciò ha importanza ai fini del controllo generale per l'accertamento delle condizioni stabilite nei riguardi igienico-sanitari dalle leggi e dai regolamenti generali e locali. Non ammettendosi l'esistenza contemporanea di due autorizzazioni, una rilasciata dal prefetto e una dall'autorità di Pubblica Sicurezza, si avverte essere sufficiente l'autorizzazione prefettizia, previo parere del medico provinciale e del questore.

Sopratutto vengono richiamate le disposizioni emanate per la lotta contro le mosche. Per gli alberghi, si dispone che, oltre le disposizioni riguardanti l'ubicazione e l'aereazione dei locali, lo smaltimento di materie luride, la disinfezione e pulizia del mobilio, l'assunzione del personale, sia assicurata una sana distribuzione potabile, quanto per gli altri usi dei frequentatori degli alberghi.

Il regolamento unito al decreto del 24 maggio 1925 non fa obbligo agli albergatori di munire tutte le camere di impianti di acqua corrente; tuttavia, allo scopo precipuo di evitare la diffusione di malattie che possono specialmente

propagarsi a mezzo dei recipienti dell'acqua destinata alla pulizia personale dei viaggiatori, sarà particolarmente opportuno che sia svolta una speciale azione al fine di indurre gli esercenti le industrie alberghiere della provincia a uniformarsi a tale norma igienica.

Obbligatorietà di visita degli operai.

La « Gazz. Uff. » n. 961 pubblica un D. M. in data 23 marzo 1929 per l'approvazione dell'elenco delle lavorazioni industriali nelle quali si adoperano o si producono sostanze tossiche od infettanti, agli effetti dell'obbligo delle visite mediche agli operai, prescritto dall'art. 6 del Regol. Gen. 14 aprile 1929, n. 530, per l'igiene del lavoro.

Prevenzione e cura dell'avvelenamento per funghi.

La direzione d'igiene, sanità e annona del Comune di Milano ha spedito ai medici residenti nelle città la seguente circolare:

Avviene talvolta che, malgrado la costante vigilanza di questo Ufficio sopra i funghi che vengono importati in città, sia allo stato fresco che secco, si abbia notizia di qualche caso di avvelenamento da funghi, talora anche seguìto da esito letale.

Fortunatamente, dal 1917 in poi, cioè da quando fu istituito il servizio di vigilanza micologica, nessun caso di avvelenamento si è avverato in città se non per funghi freschi raccolti da privati cittadini in campagna o negli stessi parchi o giardini urbani, e consumati in famiglia, quindi fuori da ogni responsabilità dell'Ufficio d'Igiene.

Comunque, sia allo scopo di eseguire gli accertamenti del caso ogni qualvolta si presentasse l'occasione, sia e più ancora per dar modo al nostro Laboratorio Micologico, il quale si mantiene costantemente fornito di siero antifalloideo attivo contro l'avvelenamento da Amanita falloide o da Amanita primaverile, di poter mettere a disposizione tale siero specifico, si pregano i signori Sanitari di denunciare sollecitamente all'Ufficio di Igiene tutti i casi di sospetto o accertato avvelenamento fungino.

La tutela delle operaie in stato di gravidanza.

Il Capo del Governo e Ministro dell'Interno ha presentato alla Camera la proposta di conversione in legge del decreto 13 maggio 1929, concernente disposizioni per la tutela delle operaie ed impiegate durante lo stato di gravidanza e di puerperio.

Nella relazione che è unita al disegno di legge si osserva che il provvedimento si inquadra nella politica demografica del Regime e nell'azione di assistenza delle classi lavoratrici e di rivalorizzazione della famiglia e costituisce un notevole sviluppo nell'attuazione del programma del Governo fascista in tale importantissimo campo, intimamente connesso alla ricostruzione nazionale.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

In sede di bilancio della P. I.

Il bilancio della P. I. è stato oggetto di un'interessante discussione nei due rami del Parlamento. In un prossimo numero riassumeremo quanto si riferisce all'insegnamento superiore.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Albi (*Catanzaro*). — A tutto 30 giu.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10; stip. L. 7500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 cav.; serv. entro 30 gg. riducibili a 15.

Borgo S. Lorenzo (*Firenze*). *Ospedale di Mugello in Luco.* — Medico astante; L. 6500 e c.-v.; età lim. 31 a.; rivolgersi Segreteria. Scadenza 30 giu.

Budrio (*Bologna*). — Scad. 27 giu.; con Forese; L. 8800 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 cav. ed eventuale c.-v.; pianura; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

Camerana (*Cuneo*). — Scad. 30 giu.; L. 8700 oltre L. 500 se uff. san., L. 1000 motocicletta; tassa L. 50.

Casabromano (*Mantova*). — Scad. 30 giu.; lire 10.000 oltre L. 600 se uff. san., L. 1800-2500 trasp., c.-v., età lim. 40 a.

Catanzaro. — A tutto 30 giu., per Gagliano; L. 7500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 cav.; tassa L. 50,10; età lim. 45 a.; servizio entro 15 gg. riducibili a 15.

Chieti. *Amministraz. Provinc.* — Direttore della Sez. Med.-Micrograf. del Laboratorio Prov. d'Ig. e Profilassi. Scad. 15 lug.

Codogno. *Ospedale Civile.* — Primario medico, primario chirurgo, assistente medico, assistente chirurgo; età lim. 35 a.; scad. 31 lug.

Cosenza. *R. Prefettura.* — Per titoli ed esame. Ufficiale sanitario, Capo Ufficio Igiene, Cosenza. Stipendio annuo L. 15.000, più 5 aument. quadrien. del decimo. Per servizio medico scolastico L. 3000 (in corso di approvazione). Divieto esercizio professionale. Scadenza 31 luglio.

Cremona. — Ufficiale sanit. e medico capo dell'Ufficio d'Igiene. Stipendio iniziale L. 16.000 con 4 aumenti quinquenn. di cui il 1° del 20 %; il 2° del 15 %; il 3° del 10 %; il 4° del 5 %, oltre un assegno di grado di L. 2000, un assegno speciale di trasferta di L. 1000; altro assegno provvisorio di L. 2.890 e una indennità temporanea di L. 780 per caro-viveri. Età massima 45 a., salvo disposto art. 42 R. D. 30 sett. 1922, n. 1290, e dell'art. 8 R. D. 29 nov. 1925, n. 2226. Vaglia di L. 50,10 intestato alla R. Tesoreria Comun. di Cremona, certificato di rito, ecc., entro le ore 18 del 31 luglio p. v. Per ulteriori chiarimenti rivolgersi alla locale Segreteria Generale del Comune.

Curon Venosta (*Bolzano*). — Scad. 30 giu.; lire 7500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 800 uff. san., indennità alloggio e c.-v. ridotta, L. 1125 arm. farm., L. 3000 cav.

FALERIA (*Viterbo*). — A ore 18 del 30 giu.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec., c.-v., L. 400 se uff. san.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Assistente; età lim. 30 a.; L. 6400 e indennità di servizio chirurgico quando l'assist. sia comandato in turno attivo di chirurgia; nom. e conferma biennale; scad. ore 17 del 5 lug.; doc. poster. al 5 giu.; serv. entro 15 gg.

FOGLIZZO (*Torino*). — Scad. 30 lug.; tassa L. 50.

FOSSOMBRONE (*Pesaro-Urbino*). — Per Isola di Fano; scad. 30 giu.

FROSINONE. *Amministrazione Provinciale.* — Direttore del Laboratorio provinciale di igiene e profilassi, Sezione Chimica. Stipendio annuo lire 15.000, indenn. servizio attivo 20 % e 3 aumenti periodici fino a raggiungere lo stipendio di L. 17.400. Domanda, documenti soliti e vaglia di L. 50,15 alla Segreteria Provinciale non oltre il 20 luglio.

GARLATE (*Como*). — Scad. 30 giu.; con Malgrate; L. 9000 per 400 pov.; addizion. L. 5; trasp. L. 700; ambulat. L. 500; 4 quinquenni dec.; tassa L. 50,15.

GUALDO TADINO (*Perugia*). — Scad. 10 lug.; med. primario condotta urbana; L. 9500 oltre L. 2000 reparto med. Osped. Civ., L. 500 serv. att., quinquenni; tassa L. 50; età maggiore (*sic*).

IMOLA (*Bologna*). — Uff. san.; scad. 30 giu. Rivolgersi alla R. Prefettura di Bologna.

LUBRIANO (*Viterbo*). — La scadenza al posto di med. chir. condotto ed uff. sanit. è prorogata a tutto il 30 giugno 1929.

MOMBASIGLIO (*Cuneo*). — Scad. 30 giu.; L. 9000 oltre L. 500 uff. san.

MONTEPULCIANO (*Siena*). — Termine del concorso alla prima condotta residenziale prorogato al 30 giugno.

OLIENA (*Nuoro*). — Scad. 30 giu.; L. 9500 e 5 quadrienni dec.; tassa L. 50,15.

ORANI (*Nuoro*). — Scad. 30 giu.; L. 9500 e 6 quadrienni dec., oltre c.-v., L. 800 uff. san., L. 300 carcere mandam., addizion. L. 3 oltre i 500 pov. e L. 5 oltre 1000; età lim. a. 35 se di prima nomina, 60 se già in serv. presso altre amministraz. pubbl.; tassa L. 50,15.

PERETO (*Aquila*). — A tutto 30 giu.; L. 9500 e 4 quinquenni dec., oltre L. 500 uff. san.; serv. entro 15 gg.; doc. a 3 mesi dal 16 mag.; non è stabilita tassa conc.

PETTINEO (*Messina*). — Condotta per soli poveri, popolazione 3176 agglomerata. Stipendio annuo Lire 9000 lorde, quattro quadrienni, oltre L. 500 ufficiale sanitario. Scadenza 15 luglio.

REITANO (*Messina*). — Scad. 10 lug.; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 se uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

ROESI (*Caltanissetta*). — Al 15 lug.; compartim. Nord; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; stip. L. 8000 e 5 quinquenni di L. 700.

ROVERETO (*Trento*). — Consor.; scad. 30 giu.; L. 7500 oltre c.-v. e L. 2600 indenn. via; età lim. 39 a.; tassa L. 50,15; non riconoscim. serv. anter.

SAN BASILIO (*Cagliari*). — Scad. 30 giu.; lire 12.000 oltre L. 500 uff. san., L. 2000 cav. Richiedesi certificato d'iscrizione al P. N. F. Tassa lire 50,15.

TARANTO. *Amministraz. Provinc.* — Direttore della Sez. Med.-Micrograf. del Labor. Prov. d'Igiene e Profilassi; scad. 31 lug., ore 12; L. 16.000 oltre L. 6200 serv. att., L. 4000 direz. amministrativa, aumenti; prova biennale.

TARANTO. *Amministraz. Provinc.* — La scadenza del concorso a direttore sanitario del Consorzio Provinc. Antituberc. Jonio prorogata al 10 sett., ore 12.

VILLA S. LUCIA DEGLI ABRUZZI (*Aquila*). — A tutto 3 lug.; L. 9500 e 4 quinquenni dec., oltre L. 500 uff. san.; doc. a 6 mesi dal 1° giu.; tassa L. 50,15.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Lega Italiana per la lotta contro il cancro.

La Lega Francese contro il cancro (Parigi VI, avenue Marceau 2) è incaricata di assegnare un premio di Fr. 100.000 istituito da M. Guy Amerongen per compensare il lavoro che potrà affermare in modo indubbio che gli alimenti conservati o chimici hanno o non hanno influenza sopra la genesi del cancro.

La proposta di assegnazione sarà fatta da un Comitato scientifico, presieduto dal Presidente della Lega Francese; per l'Italia ne fa parte il sen. Lustig.

Il premio sarà attribuito senza distinzione di nazionalità.

Le memorie devono essere inviate non oltre il 1° ottobre di ogni anno alla sede sociale della Lega Francese.

Il nome e l'indirizzo dell'autore devono essere scritti ben chiari.

La Lega si riserva il diritto di pubblicare le memorie che le saranno inviate.

Il premio non potrà essere divisibile.

Gli interessi arretrati potranno essere assegnati, ogni anno, alle memorie che trattano tale problema senza peraltro risolverlo in modo definitivo.

Gli interessi arretrati che non sono stati assegnati potranno essere accumulati a quelli dell'anno successivo e destinati ad aumentare il capitale del premio.

Alla fine di ciascun anno, nel caso in cui il premio non sia stato aggiudicato, le condizioni di aggiudicazione potranno essere modificate dal Consiglio di Amministrazione della Lega Francese, con l'approvazione di M. Amerongen finchè egli viva.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Marcel Labbé, professore di patologia e terapia generale alla Facoltà Medica di Parigi, è nominato, a sua richiesta, professore di clinica medica alla stessa Facoltà (Hôpital Cochin) in sostituzione del compianto prof. Fernand Widal.

Sono abilitati alla libera docenza in: Anatomia e istologia patologica: Limo Giuseppe; Clinica oculistica: Magnasco Mario; Clinica ostetrica ginecologica: Marabotto Giov. Battista; Odontoiatria e protesi dentaria: Grandi Giulio; Patologia generale: Galifano Luigi, Favilli Giovanni, Milone Sebastiano, Pulcher Claudio; Patologia medica: Doria Raimondo (rallegramenti cordiali al nostro amico).

Alla carica di decano della Facoltà Medica di Buenos Aires è stato eletto il prof. Julio Irabarne, titolare di clinica ginecologica.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Milano.

Conferenza dei professori Foà e Rondoni all'Istituto fascista di Coltura.

La sera del 16 maggio u. s. i professori C. Foà e P. Rondoni ordinari rispettivamente di Fisiolologia e di Patologia Generale nella nostra Regia Università hanno tenuto all'Istituto fascista di coltura una lezione sull'alimentazione e sui vari importanti problemi sociali e sanitari che ad essa si riconnettono.

Il prof. Foà per primo ha parlato occupandosi più specialmente del lato sociale e statistico del problema. Egli ha cominciato col far rilevare l'importanza della questione soprattutto per quanto si riferisce a noi italiani, poichè le statistiche hanno dimostrato che l'italiano consuma giornalmente un numero di calorie *inferiore* a quello che è stabilito come minimo necessario dalla Conferenza Internazionale: ciò è soprattutto notevole per quanto si riferisce al consumo di proteine animali. Quindi l'O. è passato a toccare il problema dell'alimentazione del soldato in pace e in guerra, ha rilevato la sua immensa importanza e la necessità di uno studio scientifico della questione da parte di enti competenti e non di ufficiali dell'Amministrazione o di Stato Maggiore: allo stato attuale vigono tutt'ora degli anacronismi e delle contraddizioni inesplicabili per cui talune diete risultano di combinazioni di sostanze risultanti tutte quasi esclusivamente di carboidrati, mentre altre diete sono quasi esclusivamente a base di sostanze proteiche. È indispensabile che il problema dell'alimentazione del soldato in guerra sia già prestabilito e studiato in pace nè esso deve venire stabilito volta per volta. Per quanto poi si riferisce alla alimentazione della popolazione civile molto vi è ancora da fare poichè noi manchiamo del tutto di una flotta frigorifera e di treni frigoriferi e le condizioni sono tali per cui nell'industria si verificano sperperi di materiali che potrebbero essere magnificamente utilizzati — e lo sono in molti paesi — specie per l'alimentazione del bestiame: valga quale esempio il sangue raccolto nei macelli, i residui della fabbricazione della conserva di pomodoro e dell'olio di semi. In alcuni paesi vi sono per l'alimentazione del bestiame veri e propri allevamenti di larve di insetti e di lumache, come sono utilizzatissime le foglie degli alberi. In quanto all'ingrassamento degli animali oltre un certo limite l'O. ne ha additato gli svantaggi tra i quali primo la richiesta di un nutrimento specialmente ricco e costoso. Se l'uomo non provvede in altri modi — ha soggiunto — deve dedicare all'alimentazione del bestiame dei terreni che potrebbe invece utilizzare per l'alimentazione propria. Vi sono in Italia delle regioni specialmente denutrite quali la Calabria e la Sardegna, e questo spiega in gran parte perchè queste regioni siano in arretrato rispetto a molte altre. Infine l'O. ha toccato il problema della soia, seme che tra tutti gli altri vegetali contiene sostanze albuminodi che hanno la caratteristica di presentare la massima affinità con le albumine animali.

Il problema alimentare — ha concluso l'oratore — è intimamente connesso con il problema demografico.

* * *

Il prof. RONDONI ha parlato sotto un punto di vista più strettamente scientifico. Nell'alimentazione — egli ha detto — oltre che delle calorie introdotte bisogna tenere strettamente conto delle perdite, che si hanno soprattutto per l'attività della muscolatura specie di macchina con rendimento altissimo. Per il rapporto reciproco tra introduzione di combustibile e perdite grande importanza hanno le note costituzionali: ognuno ha un suo dato ritmo come ognuno tende a mantenere — tra aumenti e diminuzioni passeggere — il suo peso invariato. Le riserve alimentari del nostro organismo, ha detto poi, consistono soprattutto nel grasso e nel glicogene che vengono mobilitati ad ogni occorrenza. Ha parlato quindi dell'azione dinamica specifica, quel fenomeno cioè per cui per effetto dell'assunzione dell'alimento il consumo sale e quanto più si mangia meno in proporzione viene utilizzato. Ha toccato quindi le varie forme di difetti dell'alimentazione, insufficienza quantitativa e insufficienza qualitativa. Tra queste ultime più specialmente frequenti sono le malattie da carenza di proteine o di grassi. La concezione vegetariana pura specie tra noi, limitati consumatori di carne, non ha ragione di esistere. Ha parlato delle varie forme di malattie da carenza osservate durante la guerra: l'edema da fame e l'osteopatia da fame, e della pellagra, ormai del tutto scomparsa da noi. Una dieta per essere sana — ha concluso — deve essere bene equilibrata.

Le parole dei due dotti conferenzieri sono state accolte con vivo interesse dall'uditorio.

Dott. RUGGERO ASCOLI.

Da Palermo.

Consorzio Provinciale Antitubercolare.

In data 5 maggio si è chiuso il primo Corso sulla Tubercolosi indetto dal Consorzio Provinciale Antitubercolare di Palermo.

Il Corso, ottimamente organizzato, ha dato risultati veramente soddisfacenti, sia per il numero dei medici inscritti, sia per il programma, per quanto necessariamente succinto, altrettanto

completo, sia infine per il valore degli insegnanti.

Le lezioni sono state razionalmente tenute nei vari Istituti specializzati, sovratutto antitubercolari, anche tenuto conto delle necessarie esercitazioni pratiche clinico-sociali.

Le materie impartite nel Corso, sono state le seguenti: « Epidemiologia e profilassi generale, batteriologia, immunologia », tenuto dal prof. Manfredi nell'Istituto d'Igiene; « Tubercolosi infantile », tenuta dal prof. Cannata nella Clinica Pediatrica; « Anatomia Patologica », tenuta dal prof. Soli nell'Istituto di Anatomia Patologica; « Diagnostica clinica e radiologica della tubercolosi chirurgica », tenuta dal prof. Calandra nell'Ospizio Marino; « Diagnostica clinica e radiologica della tubercolosi medica », tenuta dal prof. Fici nel Sanatorio Cervello; « Legislazione tecnica dispensariale e Terapia delle malattie tubercolari », tenute dal prof. Sagona nell'Istituto Provinciale Antitubercolare.

Il Corso è stato affollatisismo, mentre un buon numero di domande è stato rinviato per il secondo Corso che s'inizierà il 10 maggio, onde dare a buona parte dei medici, specialmente medici condotti, la possibilità di essere accontentati.

La prima e l'ultima lezione sono state tenute dallo illustre prof. Manfredi, autorevole ispiratore di quest'altra attività del benemerito Consorzio Provinciale Antitubercolare di Palermo.

Alla chiusura del Corso, il dott. Urso, segretario provinciale della Associazione Medici Condotti, a nome suo e di tutti i suoi colleghi frequentatori del Corso stesso, ha espresso a tutti gli insegnanti, in ispecie al prof. Manfredi, tutta la gratitudine della classe per la magnifica iniziativa che si è compiuta con tanto successo, ed a lui ha risposto con commossa parola il prof. Manfredi, che ha voluto esprimere l'alta considerazione in cui egli ha sempre tenuta l'opera del medico condotto, che nella lotta antitubercolare devè essere il collaboratore più ricercato e prezioso.

I Corsi indetti dal Consorzio Prov. Antitubercolare hanno avuto principalmente due scopi: interessare la classe medica, e più specialmente i medici condotti, alla lotta antitubercolare; renderli, per quanto sommariamente, edotti delle moderne forme di organizzazione antitubercolare e dei più recenti studi di tisiologia, sia dal lato diagnostico che terapico.

A tali scopi il primo Corso, si può dire ad onore degli organizzatori, è perfettamente riuscito, anche per l'alto appoggio ricevuto da S. E. il Prefetto Mori, il quale, interessandosi sempre ai problemi della lotta antitubercolare, non ha mancato di raccomandare ai medici condotti della Provincia di frequentarlo, autorizzando a tale scopo le più ampie facilitazioni da parte dei rispettivi Podestà.

L'esempio del Consorzio Provinciale di Palermo, che tra le Provincie meridionali esplica una delle più intense attività in fatto di lotta antitubercolare, merita di essere imitato su larga scala, onde creare quella coscienza sanitaria che mira a combattere, in unica potente battaglia, il flagello secolare.

P.

NOTIZIE DIVERSE.

III. Congresso Nazionale contro la tubercolosi.

Come abbiamo annunziato, è indetto a Palermo dal 6 al 9 ottobre, con la presidenza onoraria di S. E. Benito Mussolini; presidente del Comitato ordinatore è il prof. L. Manfredi; segretari generali sono i proff. V. Fici e L. Sagona. Il Comitato ha sede in via Divisi 93, Palermo.

Temi: « Rapporti fra regime consorziale e regime assicurativo nell'organizzazione della lotta antitubercolare in Italia », relatori: proff. Cesare Giannini e Luigi Sagona; « Impianti igienici per lo smaltimento e la distruzione dei materiali di rifiuto dei Sanatori degli Istituti ospedalieri per tubercolotici », relatori: prof. Omodei Zorini e ing. Raffo; « Indagini sulla percentuale di tubercolosi latenti ed i complessi primari accertabili radiologicamente fra le popolazioni infantili di una zona rurale », relatori: on. prof. Raffaele Paolucci e prof. Busi; « Sulle modalità di guarigione della tubercolosi polmonare », relatori: proff. Soli e Costantini.

I. Congresso italiano di Microbiologia.

Nei giorni 27 e 28 corr. si svolgerà in Perugia l'annunciato Congresso della Sezione Italiana della Società Internazionale di Microbiologia. A tutti i soci che hanno versato l'importo della quota sociale, viene inviato il modulo e la tessera per ottenere lo sconto del 30 % sui biglietti delle Ferrovie dello Stato, nonchè il programma dettagliato dei lavori del Congresso, e le informazioni sugli alberghi, mezzi di trasporto, ecc. che potranno interessare i congressiti. Rivolgersi alla sede del Comitato Italiano, via Darwin 20, Milano.

III. Congresso internazionale di oto-neuro-oftalmologia.

Si è adunato a Bordeaux il 17 e il 18 maggio.

Si è differenziato da altri Congressi, in quanto che l'ordine del giorno recava un solo tema: « Le cefalee ». I lavori furono presieduti dal prof. Portmann.

1° Congresso mondiale del libro e delle biblioteche.

È stato solennemente inaugurato al Campidoglio, il 15 corr., dal Capo del Governo. Parlarono il Governatore di Roma principe Boncompagni, il presidente del Comitato sen. Cippico e il Capo del Governo. Dei lavori avremo occasione di occuparci.

All'Associazione della Stampa Medica Francese.

L'« Association de la Presse Médicale Française » ha festeggiato il suo quarantesimo anniversario con un brillante banchetto. Il presidente prof. Loeper ha rievocato i precedenti dell'Associazione. La Federazione della stampa medica latina era rappresentata dal dott. de Waleffe. Intervenne anche il dott. Faure, presidente della Camera sindacale delle specialità farmaceutiche.

Associazione Medico Chirurgica della Dalmazia.

La sera del 15 maggio ebbe luogo a Zara, nella Biblioteca Paravia, la seduta inaugurale dell'Associazione, presieduta dal primario chirurgo dott.

Francesco Graziani, che per incarico del Direttorio del Sindacato Medico è stato il creatore dell'Associazione stessa e quindi ne ha avuto la presidenza.

Con tutti i medici di Zara intervennero alla adunanza S. E. il Prefetto on. Vaccari, il Segretario federale prof. Avenanti, mons. Vicario Miossevich, in rappresentanza di S. E. il Vescovo, il Commissario del Comune cav. uff. dott. Pirozzi, il presidente del Rettorato Prov. prof. Filippi e tutte le altre Autorità Civili e Militari. L'aula era tutta occupata. Il dott. Graziani tenne un discorso in cui rievocò le glorie mediche di Zara, che sono glorie d'Italia: Giorgio Baglivi, Paolo Pinelli, Vincenzo De Giaxa. Tracciò il programma dell'Associazione e chiuse inneggiando all'Italia, al Re, al Duce.

Tutti fecero eco entusiastica e poi si congratularono vivamente col Graziani formulando voti perchè l'Associazione sia rispondente pienamente allo scopo cui mira.

Lega belga contro il reumatismo.

Terrà la sua assemblea annuale il 23 giugno, in occasione delle Giornate Mediche di Bruxelles, al « Palais du Cinquantenaire »; riferiranno i proff. R. Verhoogen (presidente della Lega) e Gunzburg e il dott. Dautrebande. La seduta sarà seguita da due conferenze, del dott. Rathieu-Pierre Weil di Parigi su « I reumatismi cronici » e del dott. Louis Bertrand d'Anversa sul tema « Reumatismo-artritismo ».

La Regina del Belgio ha concesso il suo alto patronato alla Lega.

Corsi di perfezionamento.

Il IX Corso Internazionale di perfezionamento per i medici a Carlsbad, avrà luogo quest'anno dal 15 al 21 settembre.

Le 30 conferenze finora annunziate trattano i problemi più importanti della Medicina Interna e quelli di Chirurgia che vi si connettono, con speciale riguardo alla Balneologia e alla Balneoterapia.

Dei professori italiani d'Università parleranno Gabbi (Parma) sulla « Medicina politica nei tempi attuali »; Mingazzini (Roma) su « La cura moderna delle malattie nervose funzionali »; e Zoja (Milano) sulla « Patologia fisiologica e valore clinico della diagnosi del ricambio dell'emoglobina ». Gli altri conferenzieri appartengono all'Austria, alla Cecoslovacchia, all'Olanda, alla Svizzera e all'Ungheria.

I partecipanti al Corso, sotto la guida di persone esperte, impareranno a conoscere l'organizzazione di Carlsbad come stazione climatica.

Ogni medico ha diritto alla partecipazione, dietro pagamento della tassa d'iscrizione, fissata in Kc. 100. Ai partecipanti verrà rilasciato gratuitamente il visto sul passaporto e verrà concessa una riduzione del 33 % sulle ferrovie cecoslovacche.

Per informazioni rivolgersi al direttore amministrativo dei Corsi di Perfezionamento per i Medici, Dr. Edgar Ganz, Karlsbad, Czecoslovacchia.

* * *

Un corso sulle tubercolosi osteo-articolari e ganglionari, con elementi di ortopedia pratica, sarà tenuto nell'Ospedale Marittimo di Berck Plage, dal 5 al 17 agosto, sotto la direzione del dott. Etienne Sorrel. Tassa d'iscrizione 250 franchi. Per informazioni rivolgersi al dott. Delahaye, Hôpital Maritime, Berck Plage, Pas de Calais, Francia.

Per una Università coloniale.

Discutendosi alla Camera dei Deputati il bilancio delle Colonie, l'on. N. Castellino rilevò che tutti i paesi di Europa aprono nuovi istituti di studî coloniali. L'Italia ha l'Istituto di studî coloniali ma la sua azione non ha tutta quella efficacia che sarebbe desiderabile non disponendo dei mezzi necessari soprattutto per conferire numerose borse di studio. Occorrerebbe istituire perciò una speciale Università coloniale che comprendesse tutti gli studî riferentisi alle Colonie dando anche incremento, almeno in una delle facoltà già esistenti, agli studî speciali di medicina e di igiene coloniale. E non mancano in Italia uomini eminenti ai quali potrebbero essere affidate queste discipline.

All'Istituto del cancro in Torino.

Il Principe di Piemonte si è recato a visitare l'Istituto per gli studi e per la cura del cancro, fondato dal sen. prof. Pescarolo nel vecchio e glorioso Ospedale di San Giovanni, su di un'area prima non utilizzata. Si trovavano a ricevere il Principe, col sen. Pescarolo, preside dell'Istituto, il gr. uff. Morpurgo, professore di patologia all'Università, il prof. Pochettino, titolare della cattedra di fisica e il prof. Micheli, clinico medico.

Clinica delle malattie professionali a Torino.

La Facoltà Medica di Torino, nell'ultima seduta ha deliberato ad unanimità la costituzione di una cattedra di « Clinica delle malattie professionali »; è stato incaricato quale insegnante il prof. Gustavo Quarelli, medico primario dell'Ospedale Maggiore di San Giovanni Battista. La deliberazione è conseguenza della nuova legge, che il Governo fascista ha recentemente promulgata, sull'assicurazione per le malattie professionali.

Policlinici del Lavoro nei maggiori centri operai.

Il felice esperimento sortito in Roma con la istituzione del primo Policlinico del Lavoro, propugnato e condotto a termine dall'Unione Industriale Fascista del Lazio, ha fatto sorgere lo spirito di emulazione in altre città italiane che, a cura delle maggiori organizzazioni industriali del luogo, stanno gettando le basi per la istituzione di Policlinici del Lavoro sul tipo di quello di Roma, giudicato un modello del genere.

Per ora saranno impiantati altri sei Policlinici nelle varie città italiane, dove più densa si presenta la popolazione operaia e precisamente a Milano, Torino, Genova, Terni, Portoferraio e Venezia.

Nuovi Padiglioni all'ospedale di Vimercate.

A Vimercate sono stati inaugurati tre nuovi padiglioni del vecchio Ospedale del Circolo di Vimercate. Alla cerimonia intervennero molte au-

torità, tra cui il podestà di Milano on. De Capitani.

Mons. Balconi, dopo di aver impartito la benedizione, ha esaltato il profondo significato della cerimonia. Il presidente del Consiglio d'amministrazione, Pietro Bernareggi, ha fatto una documentata cronistoria dell'Ospedale. Il dott. Giulio Banfi ha illustrato l'attività svolta dall'Ospedale e ha delineato il programma futuro della benefica istituzione aperta agli ammalati di ventiquattro Comuni e dotata di 200 letti.

Il nuovo ospedale di Bergamo.

L'11 corr. il Prefetto di Bergamo comm. Solmi, con S. E. mons. Vescovo, mons. Marelli, accompagnati dal presidente degli Istituti Ospitalieri, cav. di gran croce Lamberto Sala, preside del Rettorato provinciale, dall'on. Capoferri, dal segretario federale rag. Cristini, si sono recati a visitare i padiglioni del nuovo ospedale provinciale, che sarà inaugurato il 28 ottobre.

Le autorità si sono assai compiaciute con il presidente dell'Amministrazione ospitaliera e con l'ideatore dell'ospedale, ing. prof. Marcorigi, per la modernità delle costruzioni, la praticità degli impianti e dei molteplici servizi e la celerità con cui sì vasti lavori sono stati condotti, al punto da essere ultimati un anno prima dell'epoca prefissa.

Uno speciale compiacimento il Vescovo ha voluto esprimere per il modo con cui si è voluto provvedere per il disimpegno del servizio religioso nell'interno dell'ospedale, ove sono state erette tre chiese: una per i degenti e il personale di servizio con annessa canonica, una per le RR. SS., che prestano servizio di infermiere, ed una per i suffragi funebri, in modo che ai degenti sia resa impossibile la triste visione dei funerali.

Per la creazione di centri di malarioterapia.

L'Accademia di Medicina di Parigi su rapporto di una commissione composta di Brumpt, Claude, Marchoux e Souques, ha emesso il voto che « siano creati dei *Centri di malarioterapia*, per fornire ai malati colpiti da paralisi generale e forse da altre forme di sifilide nervosa ribelle ad ogni trattamento, i mezzi di utilizzare una terapia che si è mostrata notevolmente efficace e che potrebbe essere migliorata ancora, grazie a un materiale di studio affidato a tecnici, medici e biologi ».

Quanto spende il Governo Francese per la lotta contro la tubercolosi.

Per il corrente anno 1929 sul bilancio del Ministero del Lavoro, dell'Igiene, dell'Assistenza e della Previdenza sociale sono stati accordati i seguenti crediti per la difesa sociale contro la tubercolosi:

Lotta contro la tubercolosi (dispensari d'igiene sociale e di difesa antitubercolare, laboratori di batteriologia, difesa dell'infanzia contro la tubercolosi), Oeuvre Grancher ed altre: 18 milioni di franchi.

Ordinamento, ingrandimento, restauro di sanatori pubblici e spese di mantenimento (legge del 7 settembre 1919): 24 milioni di franchi.

Sovvenzioni per creazione o ingrandimenti di preventori pubblici antitubercolari e spese di funzionamento dei preventori pubblici dello Stato: 7 milioni di franchi.

Assistenza ai tubercolosi: 12.500.000 franchi.

Contributo eccezionale dello Stato per la creazione di villaggi-sanatori per i tubercolosi di guerra: 500.000 franchi.

A queste somme vanno aggiunte quelle provenienti dalla tassa sulle case da giuoco che, nel 1928, hanno raggiunto i 10.950.000 franchi.

In definitiva, per l'anno 1929, i crediti consacrati dallo Stato francese per la lotta contro la tubercolosi saranno approssimativamente di circa 73 milioni di franchi, contro 63 milioni nel 1928.

Riduzioni ferroviarie per la stagione balneare e di villeggiatura.

Anche quest'anno le Ferrovie di Stato hanno concesso le consuete riduzioni per i viaggi di andata e ritorno per i soggiorni estivi ed in parte anche autunnali alle Stazioni di cura climatica o balneare.

I biglietti di andata e ritorno hanno una validità complessiva di 60 giorni, prorogabile di altri 30 giorni, pagando il 10 % dell'importo del biglietto. Al 30 settembre per i viaggi delle famiglie alle Stazioni balneari e al 31 ottobre per le altre concessioni, tutti i biglietti scadono, anche se il periodo di 60 giorni non è interamente trascorso.

La distribuzione dei biglietti si è iniziata dal 16 giugno per i viaggi delle famiglie alle Stazioni termali o balneari o per i viaggiatori diretti nell'Alto Adige e nel Cadore.

Modificazione nelle abitudini alimentari in America.

Secondo statistiche provenienti dall'industria dei generi alimentari, risulterebbe un cambiamento radicale nelle abitudini dietetiche della popolazione degli Stati Uniti. Si consuma attualmente il 45 % meno di carne, per ciascun abitante, di quello che si consumava dieci anni fa; contemporaneamente è aumentato invece il consumo del latte (nella misura del 62 %), quello della frutta fresca (39 %), dei vegetali (35 %) e particolarmente quello delle insalate verdi, che è aumentato del 110 %. Queste cifre debbono essere accolte con riserva, ma rappresentano indubbiamente un chiaro indice di quanto accade non solo in America, ma in tutte le nazioni dove la propaganda igienica ha fatto conoscere l'importanza del fatto che latte, frutta e vegetali contengono elementi nutritivi mancanti in altri cibi; e che è essenziale che tali alimenti detti « protettivi » formino parte integrante della dieta giornaliera. (*Difesa Sociale*).

Apprendiamo con profondo cordoglio la morte del prof. CARLO FRANCIONI, direttore della R. Clinica Pediatrica di Bologna. Dell'insigne clinico parleremo in un prossimo fascicolo.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Spitalul, apr. — A. MANICATIDE e M. ZAVERGIU-THEODORU. Riserva alcalina nei bambini tubercolotici.

Amer. Journ. Med. Sc., mag. — B. BLOCH. La formaz. del pigmento. — A. E. COHN. La funzione cardiaca da un punto di vista biologico generale. — R. MIDDLETON e W. DUANE. Setticemia meningococcica senza meningite. — V. M. MOON. Cirrosi giovanile da infez. — H. T. R. MOUNT. Vago e asma. — E. M. GREISHEIMER e al. Calcio del siero in rapporto all'età.

Presse Méd., 25 mag. — L. BINET e P. BOUTRILLIER. La portata cardiaca. — H. SALOMON. L'alimentazione scoriacea in terapia.

Morgagni, 19 mag. — A. GIANOTTI. Sindromi epatiche nelle necrosi pancreatiche.

Minerva Med., 26 mag. — A. RABINO. Potere abiotico dei raggi U. V. sul batterio della tbc.

Journ. de Méd. de Paris, 23 mag. — Numero sulla crenoterapia.

Revue de Chir., 1. — J. QUÉNU. Risultati della splenectomia nella purpura emorragica. — J. CHAVANNAZ. Fratture isolate delle apofisi trasverse lombari.

Surg., Gyn. a. Obst., mag. — A. W. ADSON. Simpatectomia toracica e addominale nel trattam. del morbo di Raynaud. — H. L. KRETSCHMER e C. DOEHRING. Adenoma del rene. — C. P. G. WAKALEY. Tumori delle glandole salivari.

Tubercolosi, apr. — A. CAMPANI. L'uso del calcio può talora essere dannoso nelle emottisi?

Giorn. Med. dell'Alto Adige, mag. — G. B. QUEIROLO. Sclerosi multiple del cervello e del midollo sp.

Cult. Med. Mod., 30 apr. — G. ARNONE. Lo scheletro e le sue alterazioni nelle indagini radiologiche.

Presse Méd., 22 mag. — E. SERGENT. La perilobulite tbc.; studio radiologico.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 mag. — Numero di dermatosifilografia.

Zbl. inn. Med., 25 mag. — O. KLEIN e J. HEINEMANN. Misura della velocità del sangue nell'uomo.

Deut. Med. Woch., 24 mag. — ZIEGLER. Sull'immunizzaz. artific. contro la tbc. — STÜMPHE. Indicazioni alla malarioterapia.

Klin. Woch., 28 mag. — ABELIN. Problemi alimentari. — GRAFE e GRÜNTHAL. Ricambio e mesencefalo.

Folia Med., 15 mag. — SANCHIRICO. Ricerche spirometriche sui lavoratori della voce.

Paris Méd., 25 mag. — J. LÉVY-VALENTI. Psicosi puerperali.

Giorn. di Batteriol. e Immun., mag. — M. DECHIGI-DECLICH e N. FAVIA. Antivirus nella febbre ondulante. — R. VEGNI. Comportam. del micrococco di Bruce e *Bacillus abortus*.

Riv. di Patol. nerv. e ment., 25 mag. — A. ZILOCCHI. La psicopatologia odierna.

Pediatria, 1 giu. — F. PARADISO. Prova di D'Amato nel kala-azar.

Proc. R. Soc. of Med., mag. — Discussioni su: reumatismo articol. cron.; vertigine; diagn. precoce delle les. del mid. spinale. — Casistica.

Edinburgh Med. Journ., giu. — W. R. D. FAIRBAIN. I principî fondament. della psicoanalisi.

Acta Dermato-Vener., Suppl. I. — S. HELLSTRÖM. Linfogranuloma inguinale.

Journ. Méd. Franç., apr. — Numero sulla previdenza sociale.

Deut. Med. Woch., 31 mag. — BOAS. La laparotomia esploratr. e le sue indicaz. — GILDEMEISTER e HEUER. Virus erpetico nel sangue di animali infettati.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. **V. ASCOLI, Red. resp.**

ANNO XXXVI Roma, 1 Luglio 1929 Num. 26

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Epidemiologia e profilassi della scarlattina.

La questione della scarlattina è venuta assumendo notevole importanza, sia per le numerose ricerche che si sono accumulate in questi ultimi anni e che hanno determinato nuovi orientamenti, sia per il riaccendersi dell'epidemia in parecchi paesi. In Italia, il numero dei casi non è molto elevato (16.521 nel 1928 ed anche attualmente si ha una media di 200-300 alla settimana con 80-100 Comuni colpiti), e così pure in Francia (14.272 nel 1928). Cifre molto alte troviamo invece agli Stati Uniti (166.958 nel 1928) ed, in Europa, in Inghilterra (Scozia esclusa) in cui si ebbero 102.704 casi, in Germania (121.725), in Polonia (28.810), sempre nel 1928. L'interessamento per i problemi concernenti la scarlattina è dimostrato anche dal fatto che nello scorso anno si è tenuto uno speciale Congresso russo-tedesco su tale argomento (Königsberg, giugno 1928). Fra i paesi europei più colpiti, citiamo la Bulgaria, dove la morbosità per scarlattina è stata, dal 1921, del 12,4 fino al 31.4 per 10.000; nel 1923, su 5 milioni di abitanti, si sono avuti 15.585 casi, con una letalità del 12-20 % (1).

L'*eziologia* non è ancora bene chiarita. Certamente, gli streptococchi emolitici, di cui sono stati differenziati vari gruppi, sono venuti acquistando un'importanza notevole. Sono note le ricerche dei Dick (1), i quali hanno anche potuto riprodurre la scarlattina in diversi individui, mettendo sulla mucosa naso-faringea delle colture di streptococchi emolitici ed hanno isolato questi dalle dita di un'infermiera che assisteva degli scarlattinosi.

Allo stato attuale delle nostre conoscenze, troppe incognite circondano tuttora il problema della diffusione della scarlattina perchè si possano considerare gli streptococchi emolitici come gli agenti specifici di tale malattia. E' però fuori dubbio che essi hanno, nella scarlattina, una parte importante, come è dimostrato da diversi fatti, quali: 1) la presenza di essi nelle colture fatte col materiale prelevato dalla faringe costituisce un elemento quasi sicuro di diagnosi positiva confermata dalla clinica; 2) la reazione di Dick che, come è noto, è un'intradermoreazione praticata con la tossina estratta dagli S. emolitici e che è positiva soltanto negli individui tuttora ricettivi alla scarlattina, mentre è negativa per gli altri; 3) l'assenza, quasi costante, del potere contagiante degli individui in cui, a guarigione avvenuta, è negativa la ricerca degli S. emolitici e viceversa. Un'altra riprova può essere

data anche dal fatto che, dal latte di una mandria a cui era stata attribuita una epidemia di scarlattina, Jones e Lattle (3) hanno isolato degli S. emolitici non distinguibili per caratteri culturali ed affinità antigene da quelli comunemente riscontrati nella scarlattina. Le cutireazioni hanno dimostrato che lo stipite isolato produceva una tossina che veniva neutralizzata dall'antitossina scarlattinosa.

Corrispondentemente è venuta diminuendo l'importanza che si attribuiva un tempo alle squame cutanee che si distaccano a guarigione avvenuta; il pericolo dell'infezione è invece da riportarsi essenzialmente alla secrezione nasofaringea ed alle goccioline emesse, mentre le squame sono da ritenersi pericolose solamente in quanto possono essere infettate con tale secrezione. La trasmissione dell'infezione può farsi direttamente dal malato al sano, ma anche indirettamente, per mezzo di persone o di oggetti infettati dalla secrezione del malato, in quanto che il virus sembra dotato di un certo potere di resistenza; come si è accennato, si sono osservate anche epidemie trasmesse col latte.

Lo studio degli S. emolitici è venuto poi a chiarire alcuni fatti su cui, in base all'esperienza clinica, si erano fondate le regole della profilassi. Così è nota la persistente contagiosità dei casi di scarlattina complicati con linfangite e processi infiammatori locali (naso, faringe, orecchio), in cui permangono gli S. emolitici, che possono dimostrarsi con le colture. Da ciò, l'antica regola di esigere, per la dichiarazione di non contagiosità, che siano del tutto scomparsi i segni infiammatori locali.

Il reperto degli S. emolitici è poi tanto più frequente e persistente quanto più complicata è stata la scarlattina. S. Gordon (4) ha veduto che nei casi trattati con siero e senza complicazioni, la ricerca terminale ha dato risultati positivi nel 27 % dei casi, mentre in quelli complicati e non trattati con siero è stata di 83 per cento.

Certamente, come ci sfugge ancora la patogenesi della scarlattina e non è ancora del tutto chiarita la sua natura, ci sfugge il vero significato degli S. emolitici in tale malattia e non si arriva a comprendere, p. es., la ragione del reperto negativo che si ha talora nelle forme complicate con processi linfangitici, che sono caratterizzati da un'elevata contagiosità.

La *recettività* della scarlattina varia. Minima nel neonato e mediocre nel primo anno di vita, tanto che, con minime precauzioni, si può lasciare senza timore il poppante al seno della madre scarlattinosa, essa va aumentando con l'età; raggiunge il massimo fra i 6 e i 10 anni, per diminuire in seguito.

Come si è detto, la recettività si riconosce con la reazione di Dick, reazione che è assai utile praticare sui membri della famiglia dove vi sia uno scarlattinoso e specialmente per il personale di assistenza, allo scopo di eliminare quelli ricettivi; la pratica è della massima importanza per il personale ospedaliero.

Fra le diverse statistiche pubblicate sulla attendibilità della reazione di Dick, citiamo quella di H. Sparrow (5) per la Polonia. Su 23.657 bambini di Varsavia esaminati col metodo di Dick, si ebbero in 18 mesi 131 casi di scarlattina, di cui 127 nei Dick-positivi e solo 4 nei negativi. (La possibilità di sviluppo di scarlattina nei Dick-negativi può dipendere da scarso potere difensivo per infezioni pregresse o dall'incapacità dell'epidermide a reagire alla tossina). A Lwow, su 9204 bambini esaminati si ebbe scarlattina solo nei Dick-positivi, mentre non se ne ebbe affatto nei 3449 negativi; fra questi, 35 furono esposti ad un prolungato contagio con scarlattinosi, senza che si sviluppasse la malattia.

La recettività subisce poi delle variazioni col tempo ed, a quanto sembra, nemmeno l'aver sofferto in precedenza di scarlattina proteggerebbe in modo sicuro da un attacco ulteriore. Cfr. in proposito un'interessante osservazione di G. Pecori (6).

Manifestatosi un caso di scarlattina è indubbiamente consigliabile il trasporto del malato in ospedali *ad hoc*, pratica che, da noi, non incontra affatto il favore del pubblico.

L'*accertamento della diagnosi*, oltre che sui segni clinici, può anche basarsi sulla ricerca degli S. emolitici e sui diversi segni proposti. Fra questi si dà molta importanza al cosidetto *fenomeno di estinzione* di Schultze-Carlton, che consiste nella scomparsa locale dell'esantema in seguito ad iniezione intradermica di qualche decimo di cmc. di siero di cavallo immunizzato contro la tossina degli S. emolitici o di siero umano normale; il segno però è fallace se l'esantema è poco sviluppato.

L. Sabatini (7), che ha fatto ricerche comparative sul valore dei diversi segni proposti, ha trovato che quello di Pastia (eritema alla piega del gomito) era positivo nel 99 %, quello di Rumpell-Leede (segno del laccio) nell'85 % e quello di Schultze-Carlton nel 65-66 %.

L'*isolamento del malato* deve essere rigoroso: camera separata, da cui si asporta tutto quanto non è indispensabile (tappeti, tende, ecc.). Negli ospedali il sistema dei *box* riesce bene, mentre è inefficace per il morbillo, malattia a più alta contagiosità.

Si farà giornalmente la lavatura del pavimento con una soluzione di ipocloriti (acqua di Javel, varecchina, candiolina e simili) a 1/30-1/40, o con cresolo saponato (a 4-5 %).

La persona che fa l'assistenza e che dovrebbe essere l'unica a cui è permesso l'accesso, deve portare un camice ed un berretto (o cuffia) e procedere a disinfezione delle mani (sublimato corrosivo od ossicianuro di mercurio a 1/1000). Si farà la disinfezione continua del-

la biancheria con le soluzioni sopra accennate di ipocloriti o di cresolo.

La scarlattina è compresa fra le *malattie denunciabili.* Nella denuncia si dovrà anche indicare se il malato od alcuni dei coabitanti frequentano la scuola e quale. Ciò è della massima importanza per i provvedimenti da prendersi. I contatti vanno tenuti lontani dalla scuola per tutto il periodo di incubazione (8-10 giorni); questo nel caso in cui sia assicurato l'isolamento del malato (p. es. invio all'ospedale o sicurissime condizioni nella famiglia), altrimenti l'esclusione dei contatti dalla scuola dura fino alla riammissione del malato.

L'isolamento del malato deve durare fino a che non sia più presumibile il contagio. In generale si prescrive una quarantina di giorni (6 settimane), criterio empirico che può essere fallace, eccessivamente lungo in alcuni casi, insufficiente in altri.

Le tendenze moderne, che sono in buona parte rispecchiate in Germania da un'Ordinanza ministeriale (18 giugno 1928), riserbano il giudizio caso per caso.

Anzitutto, l'esame clinico deve escludere la presenza di qualsiasi complicazione o stato infiammatorio della gola, del naso (anche lievi forme di raffreddore, specialmente se ostinate), dell'orecchio, delle vie linfatiche.

Viene in seconda linea l'esame batteriologico, ripetuto 3 volte a distanza di 48 ore. Esso però non va limitato alla sola faringe, ma va anche esteso al naso. C. Hünermann (8), di fatto, ha dimostrato che nel 18,2 % dei casi con reperto negativo nella faringe, si sono trovati gli S. emolitici nel naso. Egli usa e consiglia di fare un prelevamento unico dal naso-faringe mediante un filo metallico incurvato che porta all'estremità il consueto cotone; può anche essere utile far tossire il malato sopra una piastra di agar-sangue, posta a 10 cm. dalla bocca.

La negatività dei reperti può aversi anche relativamente presto, come dimostra la seguente tabella dei casi risultati negativi in 3 prelevamenti a distanza di 48 ore l'uno.

Settimana	Hünermann (100 casi)		Friedermann e Deicher (9) (50 casi)
IV	9 casi (8,9%)		7 casi (14%)
V	44 „ (43%)		20 „ (40%)
VI	23 „ (22,8%)		19 „ (38%)
VII	15 „ (14,8%)	25 (24,8%)	4 (8%)
VIII	7 „ (6,9%)		
IX	3 „ (2,9%)		

Quando la ricerca degli S. emolitici fatta 3 volte a distanza di 48 ore è negativa, l'individuo non dovrebbe più essere contagiante e, di fatto, molti autori non ebbero ad osservare nessun nuovo caso negli ambienti in cui si lasciarono tali individui; altri invece ne osservarono anche dopo il triplice reperto negativo. Così accadde in un'osservazione di Hünermann in cui però si ebbe il reperto di bacilli pseudodifterici, sia nel caso recidivante, sia in quello da esso contagiato. Tale osservazione potrebbe appoggiare l'opinione di Handelbaum, secondo cui l'agente della scarlattina sarebbe da ricercarsi nel gruppo dei pseudodifterici e getta, ad ogni modo, un altro dubbio sulla unicità del virus scarlattinoso e sulla concezione troppo esclusivista degli S. emolitici.

Dal punto di vista pratico, però, si può ritenere che, con la riserva dell'esame clinico scrupoloso (fra cui bisogna anche tener presente la possibilità che la tonsilla faringea sia ancora infiammata mentre appaiono normali le palatine) e della ricerca batteriologica estesa al naso-faringe, il reperto tre volte negativo degli S. emolitici costituisca un buon segno per la scomparsa della contagiosità, anche se questa, in qualche *caso eccezionale* persiste. In tal modo, come dimostrano le cifre della tabella riportata, si può abbreviare la durata della quarantena in buona parte dei casi il che sarebbe di grande utilità per la famiglia del malato.

Per quanto riguarda l'assistenza al malato, rammentiamo l'utilità del metodo di Milne, consistente nella spennellatura della gola (4 volte al giorno) con olio fenicato a 1/50 e nella frizione biquotidiana con olio di eucalipto; tale metodo ridurrebbe anche di molto la contagiosità ed, in ambienti ospedalieri, ha permesso di tenere gli scarlattinosi in sale comuni senza speciali precauzioni di isolamento.

La disinfezione terminale diventa quasi superflua se quella in corso di malattia è stata diligente e continua ed è del tutto inutile se l'individuo, apparentemente guarito, continua ad avere degli S. emolitici. L'esame batteriologico, come per la difterite, ha quindi molto maggiore importanza che qualsiasi disinfezione di oggetti e di locali.

Nell'eventualità, la disinfezione può farsi con la formaldeide, che è anche utilizzabile per i vestiti. La biancheria, come si è detto, si immerge in soluzione di ipocloriti (1 a 30-1 a 40) o di cresolo saponato; le posate, i bicchieri, le stoviglie in soluzione calda di soda al 3-5 %; cuscini, materassi e simili si passano alla stufa a vapore; in mancanza di questa, le federe ed i gusci, si disinfettano come le biancherie; la lana, largamente distesa su graticci, si mette nella stessa stanza dove si pratica la disinfezione con la formaldeide.

Si farà un'accurata sorveglianza sugli individui che si trovano nella stessa casa con gli scarlattinosi, specialmente se bambini, con esami frequenti ed isolamento pronto in caso

di disturbi morbosi, particolarmente mali di gola, febbre, esantemi. Per gli individui, nei quali la reazione di Dick positiva dimostri la recettività, si consiglia l'iniezione sottocutanea preventiva di 20-30 cmc. di siero antiscarlattinoso, da cui R. Debré (10) ed altri hanno ottenuto la protezione per circa 3 settimane. Non parlo qui della cura con i sieri, su cui cfr. fra l'altro il lavoro di T. Pontano (11).

Per quanto riguarda l'*immunizzazione attiva*, ricordiamo, fra l'altro, le esperienze fatte da G. L. Kiefer (12) nello stato di Michigan. In una prima serie, su 2124 casi trattati con 3 iniezioni, 799 diedero reazione di Dick positiva (21 giorni dopo). Successivamente, si usarono dosi di tossina più elevate (nelle 3 iniezioni, 500, 3000, 20.000 volte la dose usata per la prova cutanea) e la reazione di Dick diventò negativa nel 98 %. In Polonia, nel 1925, in occasione di un'epidemia a Brodnica che in 2-3 settimane aveva colpito 700 sui 7000 abitanti, si praticarono le vaccinazioni (immunizzazione attiva) in 2630 bambini, dei quali uno solo ebbe la scarlattina (era stato vaccinato nel periodo d'incubazione) (13).

La durata di questa immunità sarebbe abbastanza breve (inferiore a 3 anni), il che sarebbe dovuto al fatto che la tossina non ha una potenzialità uniforme mentre l'individuo, dal suo canto, reagirebbe in modo differente di fronte alla tossina stessa.

Non si può prevedere se questo metodo, pure essendo stato già largamente sperimentato, si verrà generalizzando per entrare nella pratica corrente. L'utilità di questa generalizzazione appare discutibile, soprattutto perchè la percentuale degli individui sensibili è piuttosto bassa: secondo alcuni varierebbe dal 19 al 100 % a seconda dei gruppi e dell'età e del tipo del paziente, ma si tratta probabilmente di cifre troppo elevate. Da osservazioni di J. A. Toomey (14), su 24.685 persone esposte ad *intimo* contatto con casi di scarlattina, il numero dei casi secondari fu soltanto di 2138, cioè di 8,6 %. Se tale percentuale così bassa di individui recettivi si avesse costantemente, la vaccinazione sarebbe praticamente inutile, anche perchè è logico prevedere un certo numero di insuccessi della vaccinazione stessa. È un fatto però che la scarlattina è una malattia di estrema variabilità e, quindi, le osservazioni fatte per un'epidemia — sia dal punto di vista profilattico che da quello terapeutico — hanno sempre un valore relativo e non sono applicabili a tutti i casi.

Ad ogni modo, allo stato attuale delle nostre conoscenze la vaccinazione antiscarlattinosa (immunizzazione attiva) dovrebbe essere riserbata in presenza di epidemie vaste e gravi, mentre non sarebbe consigliabile nelle condizioni normali in cui non è frequente la *filiazione* dei casi.

INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE.

(1) I. GOLOSMANOFF. *Office international d'hygiène publique*, 1925, pag. 1350.
(2) Journal Americ. med. Assoc., 20 genn. 1924.
(3) Journ. exper. med., 1928, n. 47, pag. 945.
(4) Journ. prev. med., 1927, n. 1.
(5) La Presse Médicale, 1928, pag. 549.
(6) Il Policlinico, Sez. pratica, 1926, pag. 1277.
(7) La Pediatria, 15 febbr. 1926.
(8) Deutsche med. Wochens., 3 maggio 1928.
(9) Ibid., 1927, nn. 28 e 51.
(10) Journal des praticiens, 27 marzo 1929.
(11) Il Policlinico, Sez. med., 1° giugno 1925.
(12) Journal Amer. med. Ass., 15 dic. 1928.
(13) W. CHODZKO. *Office international d'hygiène publiche*, 1925, pag. 1370.
(14) Journ. Amer. med. Assoc., 24 nov. 1928.

A. FILIPPINI.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE PROVINCIALE S. CARLO DI POTENZA.

Sul flemmone inter-reno-colico.

Dott. Prof. GIUSEPPE RICCIUTI,
chirurgo primario.

Quasi un secolo è passato da quando il Rayer per primo elevò ad entità morbosa la « perinefrite », eppure, a giudicare dalla letteratura di tutti i paesi, l'argomento è ancora all'ordine del giorno. Nè si è pure raggiunto l'accordo tra i patologi di lingua diversa sulle denominazioni di peri- e paranefrite.

Ma lasciando da parte le forme ordinarie delle peri- e paranefriti suppurative, che siano primitive, localizzazione metastatica diretta ematogena o linfatica di germi piogeni, che siano secondarie, consecutive a pregresse lesioni renali o, come sembra il caso più frequente, ad ascessolini corticali miliari del rene (antrace renale, Nierenkarbunkel) prenderemo solo qui in considerazione quelle forme flemmonose secondarie, la cui patogenesi va ricercata in altri organi più o meno vicini.

Queste suppurazioni hanno comune nella loro evoluzione il fatto d'invadere i connettivi della regione renale e di procedere successivamente in modo più o meno analogo alle precedenti.

La loro origine può invero essere assai varia. Ve ne sono così di provenienza toracica: lo studio dello hiatus del diaframma rende ragione della facilità relativa, con la quale le raccolte toraciche e gli empiemi possono propagarsi. Ve ne sono altre consecutive a lesioni della colecisti, del pancreas, del duodeno: altre ancora consecutive alla propagazione o all'invasione di ascessi pelvici.

L'origine possibile intestinale è pure nota da tempo; di comune nozione è che ascessi appendicolari possano avere localizzazioni iuxtarenali, o perirenali: l'appendice nella sua varietà ascendente o retrocecale, varietà che la pratica degli interventi ci dimostra abbastanza frequente, si applica sulla faccia posteriore del cieco e del colon ascendente, e con la sua estremità distale può venire a prendere rapporto più o meno diretto con il rene ed i connettivi contigui.

Ma vi sono — ed è su di essi che vogliamo richiamare l'attenzione — ascessi, meno noti e comuni, a giudicare dalla scarsezza della letteratura sull'argomento, la cui origine è da ricercarsi in lesioni del colon. La loro patogenesi presenta delle lacune, e la loro localizzazione primitiva si riporta a questioni di anatomia chirurgica, e non soltanto d'interesse teoretico.

Ma prima di entrare nella discussione dell'argomento riferirò brevissimamente di due casi da me studiati ed operati.

Osservazioni personali.

Caso I. — Ospedale al Policlinico Umberto I in Roma, III Pad. (dir. Alessandri), 1923, scheda 5658, inferma Buc... Elena, di anni 46.

Entra all'Ospedale in gravi condizioni: pallore, polso piccolo, frequente; t. febbrile; lingua arida, patinosa.

Racconta di soffrire da un anno e più di disturbi intestinali consistenti in crisi di stipsi della durata di due o tre giorni, accompagnate da dolori a volte sordi a volte più intensi ed acuti al fianco sinistro e che cessano con l'emissione abbondante di gas e di feci diarroiche.

Una settimana prima dell'ingresso in Ospedale il dolore si è manifestato improvviso ed intenso e non l'ha più lasciata. Ha avuto vomito. Alvo chiuso. Febbre alta continua remittente a curva ascendente.

L'inferma ha l'aspetto sofferente: si mantiene piegata in avanti e lateralmente verso il fianco S.

La regione lombare S. è lievemente edematosa. Con la palpazione si constata che la parete è tesa, infiltrata, ispessita.

Profondamente in corrispondenza ed al disotto della XII costa si apprezza una tumefazione, irregolarmente ovalare, a limiti indistinti, del volume di una testa di feto a termine, fissa contro la parete posteriore, immobile, dolentissima alla pressione. Addome meteorico: accenno di contrattura di difesa in corrispondenza dell'ipocondrio S. e del colon discendente.

Esame del sangue: leucocitosi (15.000 leuc. per mm^3).

Esame delle urine: nulla di notevole ad eccezione di lieve albuminuria e presenza di discreta quantità di indacano.

Cistoscopia: vescica normale, orifici ureterici normali, eiaculazione dell'urina con ritmo normale bilateralmente.

Esame radioscopico: rileva la deviazione della colonna vertebrale a concavità dal lato malato, con opacità diffusa della regione lombare S. ed in corrispondenza dello psoas, in confronto del lato opposto.

Intervento 27-VI-1923. Eteronarcosi regolare. Lombotomia obliqua. Incisa la parete si constata la presenza di una raccolta, che è situata al di fuori della loggia fibrosa del rene, in parte al davanti di essa ed in parte all'esterno, dietro il colon, che appare di colore bruno-violaceo nella ferita. Non si riesce a rilevare perforazioni di esso. La raccolta contiene gas e liquido purulento-icoroso di odore fecaloide e contiene residui di feci solide.

Zaffamento con garza iodoformica.

Esame batteriologico del contenuto: prevalente bacterium coli.

Decorso: 24 ore dopo l'intervento si manifestò una imponente emorragia proveniente probabilmente da vasi colici, dominata con lo zaffamento.

L'esame delle feci ripetuto fu sempre negativo per l'Amoeba histolitica.

Esito: guarigione.

Caso II. — Osp. Prov. S. C. di Potenza. S. A. di anni 29, da Tito. Nell'agosto u. si è ammalato con disturbi intestinali, consistenti prevalentemente in crisi diarroiche con emissione di muco, a volte striato di sangue, temperatura febbrile.

Dopo un mese circa viene colto improvvisamente da un dolore violentissimo al fianco sinistro, interpetrato dal medico locale, come una colica renale. Cessata la prima acuzie del dolore dopo parecchie ore, questo ha persistito sempre, sordo e gravativo.

Giunge in condizioni gravi, stato settico. All'esame direttivo: edema della regione lombare, infiltrazione della parete, tumefazione profonda, fissa contro a quella, fluttuante. Addome meteorico. Accenno di difesa all'ipocondrio S. T. febbrile alta continua fortemente remittente.

Esame delle urine: neg.; cistoscopia: neg.

Intervento: 30 settembre 1928. Eteronarcosi regolare. Lombotomia obliqua. Si dà esito ad una raccolta di liquido purulento-icoroso di odore fecaloide. Nella ferita si identifica la loggia renale integra, nel fondo il colon discendente scollato.

Decorso: regolare. Esito: guarigione.

L'esame ripetuto delle feci risulta negativo per l'entameba histolitica.

La storia ed il reperto nel primo dei casi riportati fanno pensare alla perforazione di *ulcus simplex coli*. L'ulcera semplice del colon è stata segnalata fino dal 1830 dal Cruveilhier, il quale asserì che le considerazioni proprie all'ulcera gastrica « si applicano perfettamente all'intestino tenue e crasso ».

Meno evidente è la perforazione nel secondo caso, per quanto vi sia l'inizio improvviso e violento.

All'infuori della perforazione noi possiamo pensare a due altri modi di infezione:

a) per via sanguigna;

b) per via linfatica.

Per la possibilità della via sanguigna sta la nozione delle anastomosi dei vasi colici di sinistra con i vasi parietali e con l'arco vascolare esorenale, e delle anastomosi venose tra il sistema delle vene capsulo-adipose ed il sistema portale sia con l'intermedio delle vene peritoneali (o sistema di Retzius), sia direttamente con rami di un certo volume, che raggiungono le vene meseraiche.

Per la possibilità della via linfatica starebbero le ricerche del Franke, che avrebbe dimostrata l'esistenza di anastomosi tra i linfatici renali e parietali con quelli colici: egli paralizzando l'intestino dei conigli con oppio rilevò nei linfatici renali delle forme bacillari provenienti dai gangli mesenterici.

Tali anastomosi sono negate da altri ricercatori. Così il Lorin, ristudiando recentemente i linfatici del colon ribadisce il concetto dell'autonomia completa di essi.

Quanto alla localizzazione primitiva della raccolta ascessuale dovremmo entrare nelle complesse questioni delle fasce renali, e del loro significato: ma rinviando il lettore alle classiche descrizioni di Zuckerkandl e di Gerota, riportate da tutti i trattati di anatomia, accenneremo brevemente agli studi relativamente più recenti ed importantissimi dello Stromberg. Egli si è valso del metodo delle iniezioni di gelatine colorate.

Egli descrive uno strato di cellulare denso, e tessuto grassoso al davanti della lamina prerenale e preureterica, limitato anteriormente o dalla faccia posteriore del peritoneo: *il paracolon*. Al bordo esterno del colon alla lamina prerenale si aggiunge la fascia di Toldt, di guisa che a livello del rene S. medialmente al colon la successione degli strati è la seguente:

1) peritoneo parietale (foglietto destro del mesocolon);

2) lamina vascolare colica;

3) fascia di Toldt (foglietto S. del mesocolon e peritoneo primitivo accollati);

4) *tessuto cellulare retroperitoneale o paracolon;*

5) lamina prerenale.

È facile sul cadavere preparare e dimostrare il paracolon, mobilizzando e scollando il colon sinistro, e rendersi conto come l'accollamento della fascia di Toldt e della lamina prerenale, descritto da alcuni autori fino a fare un mezzo di fissità del rene, sia falso dato. Questo spazio virtuale si allarga, e si fa più ricco di grasso man mano che si procede in senso laterale dalla faccia anteriore del rene verso il bordo esterno del colon.

Questa indagine ci dimostra quale debba essere la localizzazione prima degli ascessi di origine colica.

*
* *

Vi sono sintomi fisici propri degli ascessi descritti? Il Lorin afferma che gli ascessi retrocolici sporgono più in avanti di quelli del grasso perirenale, che essi respingono all'avanti e all'interno il colon discendente, che quest'ultimo è contratto, in forma di cordone e dolente alla pressione.

Sono *nuances* che in pratica poco valgono per differenziare tali forme dai comuni ascessi peri- e pararenali. Nè di grande ausilio è l'indagine radioscopica.

Ma la diagnosi è possibile dallo studio dei sintomi intestinali che hanno preceduto l'ascesso, dall'inizio brusco, dal dolore trafittivo che ne segna l'inizio nel caso più frequente delle perforazioni, dall'esclusione dei comuni momenti etiologici delle ordinarie perinefriti.

La terapia non può essere che chirurgica e precoce.

Il Lejars che ha descritti gli ascessi anterenali sottocapsulari (non inter-reno-colici) in cinque casi ha seguìta la via transperitoneale.

Lo Schwartz in un caso di grande ascesso prerenale si è valso dell'incisione iliaca e dello scollamento progressivo del peritoneo.

La via lombare da me seguìta credo che sia la più sicura. Dannoso però, come afferma anche il Lorin, sarebbe aprire in questi casi la guaina del rene per ricercarvi un ascesso che non vi è contenuto.

BIBLIOGRAFIA.

LEJARS. *Les abcès anterénaux.* Revue de Chir., novembre 1899.

LORIN et LAEMMER. *Etude topographique et clinique des abcès lombaires d'origine colique.* Presse Méd., 1927, n. 58.

PASTEAU. *Phlegmons périnéphrétiques d'origine intestinale.* Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1909, pag. 409.

STROMBERG. *Zur Anatomie der retroperitonealen und zur Frage der retroperitonealen Eiterungen (paracolitis, paranephritis, retroperitonitis).* Archiv für die Krankheiten der Harnorgane, n. 7 e 8, gennaio, febbraio 1910.

Ospedale "Bambino Gesù" in Roma - Reparto Chirurgia.
Primario: prof. dott. A. LUIGI BONANOME.

Di un caso di osteomielite acuta delle ossa craniche da rara associazione microbica

per il dott. TOMMASO TEODONIO, assistente.

Ho creduto interessante pubblicare il presente caso occorso alla mia osservazione per un doppio motivo: primo, per la rara associazione microbica, che fu causa della detta malattia; se-

condo, per la rarità in genere della localizzazione di un'osteomielite sulle ossa del cranio.

Che l'infezione osteomielitica raramente si localizzi sul cranio dipende dal fatto che essa predilige le ossa ricche di tessuto spongioso, e quindi in particolar modo l'epifisi delle ossa lunghe.

Dimostratane l'esistenza da Chassaignac e Iayemes, e studiata batteriologicamente per primo da Lannelongue, l'osteomielite del cranio può apparire talvolta come spontanea: essa però presuppone sempre una porta d'entrata ai germi, che può essere rappresentata da un semplice foruncolo, o da un flemmone circoscritto, o da una piccola ferita infetta del capo, o, ancor più semplicemente, da una escoriazione infetta della cute.

Tra i germi in causa, i più frequenti sono quelli della suppurazione e in particolar modo lo stafilococco.

La suppurazione, e sopratutto la necrosi dell'osso, avvengono in maniera rapidissima, il che rivela come l'origine della lesione sia midollare e non periostea.

Il distacco del sequestro e il riempimento della lacuna ossea avvengono invece molto lentamente. La tendenza della suppurazione a estendersi agli organi endo-cranici, spiccata nel periodo acuto, manca invece nello stadio cronico del male.

I sintomi generali sono quelli delle altre osteomieliti, cioè dalle apparenze tifose: ad essi ben presto si aggiungono sintomi endocranici, che in parte dipendono dalla raccolta di pus fra l'osso e la dura madre.

Attraverso la dura il processo morboso può talvolta raggiungere la pia madre, derivandone così una gravissima complicazione, una leptomeningite mortale. Tra le altre possibili e temibili ricordiamo la trombosi dei seni, longitudinale o cavernoso, il che naturalmente viene ad aggravare ancor più la situazione generale.

Infatti nella trombosi dei seni si vengono a stabilire gravi alterazioni circolatorie, cui seguono fenomeni di compressione endocranica, quali la cefalea, il vomito, le convulsioni, l'ottundimento del sensorio, come sintomi generali, e poi sintomi a focolaio, che variano a seconda del seno preso. Così, tanto per accennare, nella trombosi dei seni cavernosi, data la comunicazione che essi hanno con le vene oftalmiche, e queste alla loro volta colla vena facciale anteriore, si vengono a stabilire un edema della palpebra e della congiuntiva, fenomeni di stasi nelle vene retiniche, edema della retina e della papilla, esoftalmo; se poi il processo è di natura settica, può stabilirsi un flemmone nel tessuto cellulare della cavità orbitaria. Dato infine il decorso di vari nervi nei suddetti seni, si spiega come possano ancora insorgere paralisi dei muscoli oculari, nevralgie nel campo della 1ª branca del trigemino ed oftalmia neuroparalitica.

Nei casi fortunati in cui si giunge alla formazione di un ascesso, e quando questo viene aperto in tempo, i sintomi acuti scompaiono e la malattia entra nel suo stadio cronico il cui andamento è definito dalle sorti del sequestro e dalle eventuali complicazioni a cui più sopra abbiamo accennato.

La prognosi in genere è cattiva, per la possibile insorgenza di una setticemia grave nel periodo acuto, o per le pericolose complicazioni endocraniche a cui può dar luogo (meningite — trombosi dei seni — ascesso cerebrale).

Riassunte così in breve codeste note sulla osteomielite delle ossa craniche, passerò a descrivere il caso occorso alla mia osservazione.

Anamnesi: M. A., da Francavilla Fontana, a. 8. Nulla di particolare nel gentilizio. Nato a termine, ebbe allattamento materno per 7 mesi, poi misto. Soffrì di morbillo nella prima infanzia. Circa l'anamnesi personale prossima, viene riferito che sei giorni prima dell'ingresso in ospedale riportò una ferita alla testa (non è ben chiaro se in seguito a caduta o perchè colpito da un sasso). Due giorni dopo, la ferita cominciò a secernere pus: contemporaneamente insorse febbre fra 38° e 39° c. con brividi. Il giorno seguente cefalea continua ed ostinata. I parenti chiedono il ricovero in ospedale del loro bambino, per il persistere e l'aggravarsi di detti sintomi e per l'essersi aggiunti vaghi dolori addominali.

Esame obbiettivo: Condizioni generali molto gravi. Stato di agitazione. Perdita involontaria di orine e di feci. Polso aumentato di frequenza. Temperatura 39°.

Sulla linea mediana del capo, all'incontro di una linea innalzata dalla punta dell'apofisi mastoidea, si nota una lesione di continuo, a margini frastagliati, ulcerosi, scollati, da cui fuoriesce pus in abbondanza: il fondo di detta ferita è costituito da osso denudato, d'aspetto necrotico. La specillazione dimostra un vasto scollamento dei tegumenti cranici. Dolorabilità alla palpazione del cranio, specie a destra, in corrispondenza della regione parietale.

Nulla di notevole a carico del sistema nervoso, nè a carico degli altri organi e sistemi.

Prima di procedere all'atto operatorio, di cui è ben netta l'urgenza, si esegue una *puntura lombare*: questa dà esito a un liquido cerebrospinale, limpido, che, salvo la forte pressione sotto cui esce dallo speco vertebrale, non presenta nulla di patologico.

Atto operativo: Prof. Bonanome. Ebrezza eterea. Si prolunga in alto e in avanti la soluzione di continuo per circa 8 centimetri e si pratica un taglio a croce.

L'osso è scoperto su di una vasta estensione, ed ha aspetto necrotico. Si scopre la sutura sa-

gittale e quella lambdoidea. Esercitando una pressione sull'osso, si vede fuori uscire pus dai margini delle suture craniche e dai fori dell'osso. Nel sospetto di una raccolta purulenta epidurale, si trapana il cranio in corrispondenza della sutura lambdoidea e si mette a nudo la dura madre, che pulsa leggermente. La diploe dell'osso è necrotica e infiltrata di pus. Esclusa la presenza di una raccolta epidurale, si abbatte il tavolato esterno dell'osso parietale destro e parte del sinistro, per tutta l'estensione della parte colpita. Si mette a nudo la diploe che appare di un colorito grigio verdastro, emanante un odore fetidissimo. Si prelevano alcuni pezzetti di diploe per l'esame batteriologico. In alcuni tratti l'osso è completamente di un colorito ardesiaco. Zaffamento con garza imbevuta del liquido di Dakin.

Decorso: Lieve risveglio dopo l'atto operatorio. Ben presto però il bambino cade di nuovo in coma. La temperatura oscilla fra i 39° a 40 C. Si constata emiplegia a destra, finchè nella nottata il bambino muore.

Necroscopia: All'esame necroscopico eseguito all'istituto di Medicina Legale, per ordine dell'Autorità giudiziaria, oltre l'osteomielite delle ossa craniche, fu constatata una meningite purulenta, prevalentemente della volta cranica.

Esame batteriologico: L'aver constatato, durante l'atto operatorio, una simile distruzione ossea, fece subito nascere l'idea di dimostrare quali germi fossero in causa. Prelevati sterilmente, come più sopra abbiamo accennato, alcuni pezzetti di diploe necrosata, e messi in brodo sterile, furono eseguite varie ricerche al R. Istituto d'Igiene per l'identificazione dei germi.

Oltre uno stafilococco piogeno aureo, una sarcina gialla e un germe del tipo del perfrigens, fu isolato uno speciale *streptococco*, Gram-positivo, con le seguenti caratteristiche:

Morfologicamente presentava elementi più grandi di quelli dello streptococco aerobio comune. Colturalmente non sviluppava in agar nè in brodo semplice, mentre dava rigoglioso sviluppo in brodo al fegato, per anaerobi, formando delle catenelle lunghe, costituite da pochi fino a 30 elementi; le colture non emanavano nessun cattivo odore. Circa il suo potere patogeno, le esperienze dimostravano che esso non uccideva il coniglio alla dose di un centimetro cubo di brodocultura di 24 ore per via endovenosa; uccideva bensì la caria di 400 grammi alla stessa dose inoculata per via endoperitoneale, in termine di 12 ore, con generalizzazione del microbio, senza presentare fenomeni speciali nel punto di inoculazione.

Per questi caratteri morfologici, culturali e patogeni detto germe può riportarsi allo *streptococco anaerobio*, descritto da Wehrsig e Marwedel in un caso di cangrena gassosa, in cui, essendo riuscito negativo il reperto degli altri germi anaerobi comuni della cangrena gassosa, si potè dimostrare come esso stesso fosse stato la causa della morte.

Nel nostro caso purtroppo non fu fatta l'emocultura, nè si potè prelevare, dopo la morte, il pus meningeo o il sangue, per il fatto che l'autopsia fu eseguita all'Istituto di Medicina Legale e non nel nostro Ospedale.

Non si può dunque dire se il germe in questione avesse realmente determinata la morte del paziente, non essendo riusciti a dimostrare la sua presenza nè nel sangue, nè nel pus meningeo, nè in qualche organo interno, il che certamente avrebbe avuto una grandissima importanza.

Possiamo però supporre che molto probabilmente l'estrema gravità di codesta osteomielite delle ossa craniche, è la speciale ed estesa necrosi ossea osservata, si deve in parte a questo streptococco anaerobio, che, insieme con gli altri germi, in termine di pochi giorni tolse la vita a un robusto bambino.

NOTE E CONTRIBUTI.

La lattoterapia precoce ha realmente virtù abortive oltre che curative nella febbre tifoide.

Prof. dott. T. SILVESTRI (Modena).

In tre note successive (1) mi sono occupato delle proprietà abortive e curative della lattoterapia precoce nelle malattie infettive nostrane.

I risultati sono stati superiori ad ogni aspettativa, ma siccome i casi trattati nella maggioranza di queste malattie infettive non sono in numero tale da giustificare una conclusione definitiva, così per ora mi limito a continuare l'esposizione dei malati di febbre tifoide, che ormai formano una serie abbastanza grande, da non temer smentite affermando la sicurezza del metodo adoprato. La quantità di latte usata per ogni iniezione è stata di 4-5 cmc. Qualche volta sono ricorso al caseal calcico. Le iniezioni di regola 3 al massimo. La malattia datava da 4 a 6, raramente a 7 giorni.

I nuovi casi sono 26. Mortalità: 0.

Casi in cui la lattoterapia si è dimostrata indifferente: 0.

Le modalità di reazione del malato di fronte alla cura si possono ridurre a 3:

1) Casi in cui la malattia cede per crisi dopo la 1ª (rarissimo), 2ª e 3ª iniezione: 8;

---

(1) T. SILVESTRI. *Tentativo di cura abortiva delle più comuni malattie infettive nostrane colla proteinoterapia aspecifica.* Rif. Medica, n. 2, 1926.

ID. *Ancora della cura abortiva delle malattie infettive nostrane colle iniezioni di latte.* Policlinico, Sez. prat., n. 6, 1927.

ID. *La lattoterapia ha realmente virtù abortive oltre che curative verso le malattie infettive?* Policlinico, Sez. prat., 1927.

2) Casi in cui dopo la 2ª-3ª iniezione la malattia cede per lisi con ritmo uniforme progressivo fino alla risoluzione (la febbre si abbassa di 4-5 decimi di grado al giorno): 15;

3) Casi in cui la malattia sembra seguire indifferente il suo corso, che poi cede dopo 4-5 giorni per crisi (da 40° a 35°), crisi che si mantiene, lasciando solo nel malato uno stato di stordimento, che qualche volta si riscontra anche nei malati del I gruppo: 3.

I pazienti della 2ª serie provano immediatamente dopo la cura tale benessere da sentirsi guariti: solo la febbre per qualche giorno ci rimane come indice che la malattia non ha ancora esaurito il suo corso.

La chiave di volta del metodo consiste nella sua applicazione precoce, perchè, lo ripeto ancora una volta, se l'organismo possiede tutto un sistema mirabile di difesa per resistere un tempo più o meno lungo contro l'aggressione da germi infettivi, non bisogna aspettare ad intervenire quando questo sta per fallire, ma è razionale anzi doveroso aiutarlo fin dall'inizio del male, e così potremo aver tutte le probabilità di stimolare adeguatamente al bisogno i poteri defensionali, di impedire che i microrganismi si installino a loro agio nei tessuti, e quindi di stroncare, di giugulare la malattia in sul nascere.

Dal momento poi che i risultati ottenuti da qualche collega nella pertosse, nella pneumonite, nel tifo con sieri e vaccini specifici comuni, sono ancora troppo scarsi e poco persuasivi per giustificare la generalizzazione del metodo; dal momento che per consenso unanime gli effetti in parola sono da ricollegarsi esclusivamente alla proteinoterapia in sè e per sè, indipendentemente dalla specificità, non vi ha dubbio che la proteinoterapia, ma specie la lattoterapia, debba avere la preferenza per la costanza dei risultati e l'assenza di inconvenienti secondari, non ingombrando l'economia di microrganismi, di cui è tutta una coltura, di anticorpi, proteine, di cui è già satura, che si stenta a concepire come potrà trasformarli, annullarli, modificando i suoi poteri difensivi di fronte a quei germi (e loro prodotti), da cui si è lasciato sopraffare in un momento che si direbbe più favorevole per la resistenza, per la vittoria.

Perchè, dice il prof. Centanni, i vaccini possono agire favorevolmente su di un tifoso ad es., che è tutto una coltura di bacilli, e ridargli in pochi minuti il pieno benessere?

Perchè le sostanze provocatrici di tale reazione benefica (ormoni, catalizzatori), che secondo l'A. sono di natura non materiale, sibbene un accumulo di energia misteriosa, potentissima, specifica, quando si sviluppano nel corpo, posseggono una certa polarità, polarità che può mutare, invertirsi sotto l'influenza di certe condizioni esterne, e quindi dei vaccini.

Ma il prof. Centanni quando parla di risultati tanto pronti, immediati, quanto addirittura miracolosi intende riferirsi alla stomosinterapia e soltanto a questa.

Stomosina infatti etimologicamente significa un quid che chiude l'apertura delle catene molecolari aperte al germe in causa, di modo che l'organismo ne diventa refrattario, inattaccabile come l'acciaio dopo la tempra; secondo poi i concetti più recenti del nostro illustre patologo rappresenta un accumulo di catalizzatori, un trasformatore potentissimo dei veleni batterici e cellulari circolanti, di cui annulla in breve tempo ogni azione tossica, impedendo ulteriormente la vita ai germi, a cui toglie ogni possibilità di nutrirsi.

Ma come ho ripetutamente accennato, benchè le stomosine rappresentino il vaccino più perfetto fra quelli che finora sono in commercio, almeno a mio avviso, desse non rispondono che raramente allo scopo che ci siamo proposto, e solo per via endovenosa, non scevra da inconvenienti e pericoli, quindi poco o punto consigliabile nella pratica privata, dove appunto si ha più spesso l'occasione di tentare la cura abortiva delle malattie infettive; e se sono stati registrati successi anche per via endomuscolare, il fatto si è verificato nella pertosse ad es. in processi localizzati con fenomeni generali poco o punto spiccati.

In attesa quindi (anzi facendo voti) che le stomosine coi progressi della tecnica rispondano esattamente ai concetti informatori della dottrina della III Immunità, chè allora tutte le malattie infettive in breve tempo saranno debellate; in attesa che la clinica si pronunci definitivamente sulle virtù profilattiche e curative degli antivirus di Besredka e sulla loro portata; in attesa che patologi e clinici studino l'azione profilattica e curativa dei vaccini e sieri invecchiati per 4-5 anni e decidano se realmente, come io penso, meritino un posto eminente, tanto da non temer rivali, io credo che la lattoterapia precoce rappresenti il *desideratum* nella terapia delle malattie infettive nostrane, perchè alla sicurezza, alla costanza dei risultati accoppia una assoluta innocuità.

COMMENTI

A proposito della malarioterapia nella paralisi progressiva.

(Lettera aperta al prof. A. Pasini).

Prof. E. MEDEA
Prim. Neurologo dell'Osp. Maggiore di Milano

Carissimo Pasini,

Durante l'ultimo Congresso di Dermatologia che, grazie alla tua saggia organizzazione si è svolto così felicemente a Milano, ti ho minacciato una lettera aperta che è la presente.

Cortesemente invitato — benchè non membro della vostra Associazione — al Congresso, devo dire che mi sono trovato come in casa mia, non solo per la vostra benevolenza, ma anche perchè da quando voi vi siete dati con tanto entusiasmo allo studio del liquor, allo studio e alla cura della paralisi progressiva e della tabe e in modo particolare alla malarioterapia, i punti di contatto tra voi e i nevrologi e dal punto di vista scientifico e dal punto di vista pratico si sono fatti molto più numerosi e interessanti.

Ho ascoltato con molto profitto la tua brillante ed esauriente relazione: tu hai poi desiderato che io prendessi la parola per riferire i risultati della mia esperienza malarioterapica in neuropatologia ed io, coll'aggiunta di quanto la pratica mi ha insegnato a proposito di molti casi curati dopo quelle comunicazioni, ho rapidissimamente riassunto quanto già avevo pubblicato tempo fa (1).

Riguardo poi ad alcuni dei punti toccati nella tua relazione, ho fatto qualche osservazione molto breve, per non abusare dell'ospitalità vostra così gentile e perchè, come tutti, ero ansioso di sentire, su diversi punti, l'opinione degli altri tuoi eminenti Colleghi che infatti hanno detto cose molto istruttive e interessanti al riguardo.

Su di un argomento voglio tornare qui per dirti che non sono d'accordo colla tua interpretazione circa il meccanismo d'azione della malaria nella paralisi progressiva (naturalmente mi fermo a questa forma che è di mia competenza). Tu, come tutte le persone che non si accontentano della constatazione dei fatti, ma ne cercano, fin dove è possibile, la spiegazione, ti sei chiesto e ti chiedi come tutti abbiamo fatto: quale è il meccanismo d'azione della malaria nella sifilide e specialmente nella nervosa? Non ti persuade l'ipotesi di una azione diretta verso il treponema che tu stesso hai veduto persistere a lungo, ben poco influenzato dagli accessi febbrili malarici, nelle manifestazioni di sifilide recente: anche la spiegazione di una aumentata permeabilità meningea che faciliti il passaggio dei medicamenti specifici non troverebbe appoggio nella maggior parte delle ricerche e anche in quelle eseguite nella tua stessa Clinica, e concludi per appoggiare il concetto, basato sulle tue constatazioni circa il valore terapeutico della malaria associata agli arsenobenzoli, al bismuto e al mercurio in qualunque periodo dell'infezione sifilitica, *che la febbre malarica abbia un'azione catalizzatrice verso i medicamenti specifici.*

Ora io non parlo degli altri periodi delle manifestazioni luetiche che non mi riguardano: ritengo però che per quanto si riferisce alla paralisi progressiva e ai miglioramenti insperati che in essa si ottengono spesso colla malaria tale interpretazione non sia sostenibile. Io mi baso sulla mia esperienza che è ormai, come quella di moltissimi neurologi, molto ampia al riguardo. Ho curato un numero notevolissimo di paralitici nei quali i fenomeni morbosi sia d'indole neurologica che d'indole psichica erano comparsi molti, talvolta moltissimi anni dopo l'infezione primaria, e nei quali *da moltissimi anni non si praticavano cure specifiche*: ebbene: non raramente i miglioramenti sia dal punto di vista della psiche, sia dal punto di vista neurologico (disartria, tremori, ecc.) si sono manifestati già dopo i primi quattro o cinque attacchi febbrili per proseguire poi e rafforzarsi durante gli attacchi successivi (io in genere provoco da 12 a 14 attacchi a seconda dei casi), *indipendentemente* dalla somministrazione di preparati antiluetici che io di solito faccio seguire una settimana circa dopo avvenuto lo sfebbramento. Ma in alcuni casi ho voluto, per mia istruzione e certo d'altra parte di non fare alcun danno al malato, attendere assai più a lungo a fare la cura complementare o arsenobenzolica o bismutica ecc. Devo dire che non ho avuto affatto l'impressione che in questi casi il decorso verso il miglioramento fosse differente che nei casi immediatamente trattati dopo la cura malarica cogli specifici. Ma v'è di più: non sono rarissimi i casi nei quali una prima malarizzazione dà risultati nulli o quasi, mentre si ottengono vantaggi da una seconda e talvolta da una terza malarizzazione: ebbene: in molti di questi casi è stata fatta tra una malarizzazione e l'altra la cura specifica, ma io ricordo assai bene un caso (da me trattato

(1) E. MEDEA. *La malaria in neuropatologia.* Rend. R. Ist. Lomb. di scienze e lettere, 1928; Atti Soc. Lomb. di Scienze Med. e Biolog., 1928.

nello Stabilimento Biffi di Monza) nel quale, dopo il primo scarso successo io volli — qualche tempo dopo — praticare una seconda malarizzazione senza alcun intermedio di cura specifica ed ebbi in quel caso, dopo pochi attacchi della seconda malarizzazione, vantaggi notevolissimi che ancora persistono. Si trattava precisamente di un caso nel quale cure specifiche non erano mai state fatte, perchè la lues era — come non raramente accade — ignorata.

A me pare che casi di questo genere abbiano un valore che non può essere negato, così che per essi non potrebbe certo essere invocata la ipotesi *catalizzatrice* da te emessa.

Ancora non sappiamo perchè la malaria agisca nella paralisi progressiva tanto più e tanto meglio della piretoterapia ottenuta con mezzi chimici o coi vaccini, o anche colla ricorrente africana che io, come gli altri colleghi, abbiamo tentato con risultati ben poco soddisfacenti: è noto come si sia parlato di uno shock colloidoclasico, di una azione di eteroalbumine, di una modificazione del ricambio, di una distruzione di corpi cellulari che vanno ad eccitare il sistema nervoso ecc. ecc. Sono note le esperienze di Weichbrodt e di Jahnel dei quali il primo negli animali, il secondo nell'uomo (!) dimostrarono che le spirochete venivano uccise negli animali e nei pazienti nei quali erano state iniettate allorchè essi erano stati sottoposti ad alte temperature: il fatto che le alte temperature che si possono ottenere colla malaria, difficilmente e in modo così regolare e ripetuto si possono avere con altri mezzi flogogeni può bastare a spiegare il maggior vantaggio della malarioterapia? Certo se si pensa alle teorie immunitarie sia relative a fenomeni d'immunità specifica, sia a fenomeni di immunità aspecifica per spiegare quanto si osserva nei nostri casi, bisogna dire che si è ben lontani dal trovare una spiegazione sufficientemente soddisfacente per il nostro spirito: anche la supposizione di Nonne, Riese e Peter che l'azione curativa si manifesti indirettamente per l'intermedio del sistema nervoso vegetativo non spiega il maggior vantaggio delle cure malariche in confronto alla piretoterapia d'altra natura. Non è forse meglio, in via provvisoria, pensare ad un vero e proprio antagonismo tra il plasmodio e la spirocheta, ben inteso nelle speciali condizioni di vita nelle quali essa si trova nel cervello dei paralitici e quindi non in quelle condizioni che si verificano nella manifestazione della sifilide recente nella quale, come anche tu ci dici basandoti sulla tua esperienza, è facile veder persistere a lungo il treponema, ben poco influenzato dagli accessi febbrili malarici?

Mi sembra che allo stato attuale delle nostre conoscenze, l'ipotesi dell'antagonismo tra due diverse infezioni, già noto da un punto di vista biologico, già conosciuto in patologia tropicale, sia ancora quella che più ci soddisfa, considerando in rapporto a questo benefico antagonismo l'azione dell'organismo che — come giustamente ha fatto rilevare il Santangelo — si deve considerare come indiretta, così che nei casi in cui per ragioni di varia natura (che allo stato attuale delle nostre conoscenze ci sfuggono) non può questo antagonismo completamente esplicarsi, ne risultano vantaggi assai limitati o nulli. Questo spiegherebbe come individui iniettati collo stesso ceppo, nella stessa fase della malattia, nello stesso ambiente curativo, possano dar luogo a risultati terapeutici assai diversi.

A questa lunga digressione riguardante l'interpretazione del meccanismo di azione della malaria nella paralisi progressiva mi ha portato il voler sostenere che nella guarigione (vogliamo dire questa parola che per alcuni casi almeno ci sembra giustificata?) di essa **non** entra la cura specifica, che pure noi facciamo di solito seguire alla malarioterapia, non condividendo le idee di Reese e Peter che affermano di non far seguire nei loro casi alla cura malarica il trattamento col Salvarsan per evitare la sua influenza sfavorevole eventuale.

Certo si naviga in pieno mistero ed è bene confessarlo; e tu potresti ribattermi: « tu parli di antagonismo biologico tra due infezioni: e come mai ci hai detto al Congresso dei successi impressionanti — sia pure non duraturi — ottenuti in alcuni casi di dementia praecox nei quali era assolutamente da escludere l'infezione luetica e quindi la spirocheta? ». Hai perfettamente ragione, ma io rispondo che appunto in quei casi che non cessano di essere degni del massimo interesse da un punto di vista dottrinale si ha — in alcuni casi almeno per quanto risulta dalla mia esperienza già abbastanza larga al riguardo — una modificazione notevolissima, impressionantissima dello stato psichico del malato che può essere spiegato forse con quella dilatazione vasale parasimpatica, congiunta ad aumento leucocitario che Nonne, Riese e Peter suppongono che avvenga durante la febbre in coincidenza coi brividi, ma non si ottiene purtroppo un effetto duraturo, stabile tanto da poter parlare di guarigione o quasi.

***

Un'ultima osservazione ed ho finito: d'accordo sulla utilità di estendere le ricerche sul liquor anche ai casi nei quali, come tu dici,

« si vuol giudicare in genere della reale estinzione del processo infettivo ». Io credo però che, prima di procedere alla malarizzazione di luetici i quali non presentino alcun fatto sintomatico a carico del sistema nervoso, occorra *almeno* avere un reperto del liquor che per la importanza e la gravità dei risultati autorizzi *seriamente* a ricorrere alla malarioterapia.

Pur troppo i medici che esercitano la vostra delicatissima specialità non sono soltanto quelli che hanno partecipato al Congresso e sarebbe certo da deplorare — per moltissime considerazioni che qui non è il caso di esporre — se soltanto per aver trovato nel liquor un lieve aumento delle globuline o una lievissima linfocitosi si dovesse sempre passare alla malarizzazione di un luetico.

Scusa la lettera troppo lunga: ma ci si dilunga, sia nel parlare che nello scrivere, soltanto colle persone che stimiamo e che ci interessano.

Tuo aff.mo E. MEDEA.

Milano, 6 giugno 1929.

SUNTI E RASSEGNE.

CIRCOLAZIONE.

L'ipertensione.

(J. PAL. *Wiener Klinische Wochensch.*, 1929, n. 20).

L'ipertensione è la conseguenza della maggiore resistenza o dell'impedimento opposto dalle arterie al deflusso del sangue. Esistono due forme di ipertensione, l'acuta e la permanente. L'ipertensione acuta dipende da uno spasmo delle arterie e ad esse appartengono le varie crisi vasali pressorie. L'ipertensione permanente è tutt'altra cosa, essa dipende da uno speciale stato delle fibrocellule muscolari delle pareti arteriose, la così detta ipertonia, che determina un aumento della resistenza. Presentano questo stato le arterie più sottili, le prearteriole e le arteriole. Si tratta di una condizione funzionale e non organica: tuttavia nelle forme avanzate non è raro riscontrare degenerazioni ialine e sclerosanti delle ultime ramificazioni arteriose.

L'ipertonia della parete arteriosa è una causa dell'ipertensione, ma può persistere indipendentemente da questa. Essa può riscontrarsi quando la pressione sanguigna nel cuore è molto bassa. Si riteneva per lo passato che l'ipertensione fosse una conseguenza di disordini renali. Ma si è trovato che questo rapporto non è per lo meno costante. Si è venuto così riconoscendo l'esistenza di una speciale malattia, l'ipertonia primitiva permanente. Questa forma si deve distinguere dall'ipertonia secondaria, che è in relazione con la glomerulo-nefrite e la cui evoluzione è parallela al raggrinzamento renale.

L'ipertonia primaria è una malattia funzionale delle arterie periferiche, alla quale generalmente il cuore si adatta. Le arterie palpabili sono più dure ed il cuore sinistro è eccentricamente ipertrofico. Il quadro clinico è differente a seconda l'età, la costituzione, il genere di vita dei malati. Il tempo dello sviluppo dell'ipertonia e delle sue conseguenze è variabile. Non è l'appannaggio della vecchiaia, potendo colpire anche giovani di venti anni. Lo studio dei primi stadi è molto importante. Mancano di solito sensazioni subiettive, in quanto il paziente non avverte la pressione del suo sangue. Il quadro morboso è dominato dalla stanchezza del cuore e dal contegno delle sottili arterie del cervello, dei reni e del pancreas sovraccaricate e danneggiate. L'ipertonico primario si trova in uno stato di stasi arteriosa cronica, che conduce successivamente alla stasi venosa.

La forma renale, così detta secondaria, è un'ipertonia delle pareti arteriose che procede con una malattia renale e con restringimento arterioso. Non si tratta però di uno spasmo. Al contrario di quel che avviene nell'ipertonia primaria si ha uno stimolo che agisce simultaneamente su tutto l'apparato circolatorio, vene comprese. Il cuore è concentricamente ipertrofico. I pazienti sono psichicamente depressi e di solito pallidi. Fino a che i segni dell'ipertonia delle arterie dopo una glomerulonefrite non sono scomparsi persiste il pericolo di un rene raggrinzato.

Si è ritenuto per lo passato che l'arteriosclerosi fosse l'unica causa dell'ipertensione nefritica, ma oggi si è riconosciuto che si tratta di due malattie differenti e che anzi v'è tra loro una certa antitesi.

In riguardo alla terapia è a dire anzitutto che per quanto è possibile si deve evitare di far conoscere ai pazienti che hanno una pressione vasale alta. Essi si sentono tanto più male quanto più sono consapevoli del disturbo circolatorio.

La cura delle elevazioni acute della pressione, delle crisi vasali pressorie è facilissima. Si adopereranno non solo i mezzi spasmolitici, eventualmente l'idrato di cloralio, ma anche le applicazioni calde. Le eccessive elevazioni acute della pressione con i loro fenomeni allarmanti sono da trattare rapidamente oltre che con l'idrato di cloralio, con una sottrazione di sangue.

In certe forme di ipertensione acuta si adopereranno mezzi speciali idonei a vincere il particolare disordine. Così nell'angina pectoris per vincere lo spasmo delle coronarie si adopereranno l'atropina in unione con gli oppiacei ed i nitriti. Anche in questo caso giovano molto le applicazioni calde che abbassano il tono delle fibrocellule muscolari. La febbre

però aumenta certi stati spastici come l'angina pectoris e l'asma cardiaca.

Giova anche la teobromina, che non abbassa la pressione, ma dilata i vasi cardiaci, le arterie renali e forse anche quelle cerebrali, il che è di gran giovamento per la sclerosi di questi vasi.

I numerosi nuovi medicamenti di cui si vanta l'azione agiscono sugli elementi contrattili delle cellule muscolari, non sul tono del sarcoplasma. Lo stesso può dirsi della terapia psichica, fisica e balneare, che di solito lasciano il tempo che trovano.

È comunque da evitare l'uso continuato di medicamenti (nitriti, salassi) che provocano un notevole abbassamento della pressione vasale. Il loro uso deve essere riservato alle crisi acute.

Nel trattamento dell'ipertonia si devono inoltre tener presenti le condizioni del cuore.

Devesi infine ricordare che i bagni di sole sono dannosi agl'ipertesi, e le così dette spugnature alla giapponese sembra siano per lo meno senza effetto.

La dieta deve essere povera di purine, con poco sale, niente alcool. Si deve per quanto è possibile limitare l'ingestione di liquidi.

Dr.

Ipertonia e nefropatie.

(J. Pal. *Die Medizinische Welt*, 1929, n. 17).

Lo sviluppo di un'ipertonia vasale e la conseguente ipertrofia cardiaca è legato al substrato costituzionale del tono della musculatura della parete vasale. Solo il tono costituzionalmente energetico, attivo può dare l'ipertonia. L'ipotonico costituzionale non può diventare ipertonico anche quando sopravviene una malattia, ad es. la nefrite, che determina l'ipertonia in individui normotonici.

L'ipotonia non è sinonimo d'ipotensione, l'una e l'altra sono due concetti differenti come lo sono l'ipertonia e l'ipertensione.

Il termine « tono » si riferisce alla condizione delle fibre cellule muscolari, al loro stato attivo e non alla pressione o tensione che esso aumenta. Esso riguarda non solo la parete arteriosa, ma anche la musculatura delle vene che hanno anche il loro tono, che finora è stato poco considerato. Anche i capillari posseggono formazioni cellulari contrattili, quantunque siano di specie differente da quelle delle arterie e delle vene. Le alterazioni del comportamento dei capillari non appartengono alle manifestazioni del tono, di cui si parla nel presente lavoro.

Si conoscono due specie d'ipertonia arteriosa con consecutiva ipertensione e ipertrofia cardiaca: una primaria, che si può chiamare anche ipertonia permanente primaria, ed una secondaria che s'incontra nella glomerulonefrite e nel rene raggrinzato consecutivo.

Ambo le forme hanno relazioni con processi renali. Nella forma primaria le alterazioni renali compaiono negli stadi avanzati (rene arteriosclerotico, rene raggrinzato), mentre nella secondaria la malattia renale è più precoce.

Le due forme sono differenti non solo etiologicamente ma anche sintomaticamente. Valhard distingue un'ipertonia rossa ed un'ipertonia bianca.

L'ipertonia primaria è neurogena, nel senso che l'aumento del tono delle fibrocellule della parete vasale dipende da un abnorme influsso nervoso. Il suo effetto ipertensivo dipende dal fatto che le sottili arterie periferiche (prearteriole ed arteriole) perdono la loro dilatabilità. Tuttavia non c'è un notevole restringimento del lume del vaso, non c'è un vero spasmo. L'ipertonia primaria permanente è una malattia, che in primo tempo colpisce solo le arterie. Si sviluppa gradualmente e con l'andare del tempo conduce ad una stasi arteriosa, donde l'ipertonia rossa, l'ipertrofia eccentrica del ventricolo sinistro e la stasi venosa. L'arteriosclerosi renale per lo più non si manifesta clinicamente.

L'altra forma d'ipertonia è fin dal principio uno stato patologico continuo e permanente degli organi della circolazione, costituito da un restringimento delle arterie e delle vene, che si sviluppa relativamente presto per l'azione di agenti tossici. Questa ipertonia tossogena è indicata anche come spasmo del sistema vasale, ipertonia pallida ed ipertrofia concentrica del ventricolo sinistro.

Queste due forme di ipertonia si distinguono ancora per altri segni, tra i quali è da segnalare il comportamento psichico: la notevole eccitabilità psichica degli ipertonici primari in rapporto con l'iperemia arteriosa passiva del cervello, in contrasto con la tranquillità flemmatica degli ipertonici tossici in rapporto con la scarsa irrorazione sanguigna cerebrale.

Ambo le forme tendono a crisi di pressione vasale di specie diversa. Quelle della forma tossica sono legate alla speciale eccitabilità arteriosa, sono occasionali ed accompagnate da angiospasmo cerebrale e si estrinsecano clinicamente con amaurosi, emianopsia, emiplegia, sordità ed eclampsia, talvolta con esito in rammollimento bianco. Affatto diverso è il carattere delle crisi vasali dell'ipertonia primaria: forte congestione cerebrale con sintomi prevalentemente a focolaio, fenomeni trombotici, rammollimenti ed emorragia, sopratutto nel campo di distribuzione dell'arteria silviana.

Per l'etiologia tossica della così detta ipertonia renale depone già il parallelismo con l'intossicazione saturnina e l'eclampsia gravidica, affezioni nelle quali le lesioni renali hanno la parte prevalente e primitiva.

L'ipertonia e l'ipertensione sono evidentemente presenti nella glomerulonefrite prima della comparsa delle manifestazioni renali. Questo fatto, che si riscontra sopratutto nella

nefrite scarlattinosa, è stato ben rilevato da Vorhald. Questi notò che la nefrite diffusa si inizia con un aumento della pressione sanguigna, con una contrazione generale dei vasi, il che gli fece ammettere che la nefrite è una conseguenza dello spasmo vasale e che questo sia dovuto ad una sostanza circolante nel sangue, che rende il sistema vasale abnormemente sensibile agli stimoli astringenti.

Vi sono casi di malattie acute i quali insegnano che il complesso vasale ipertonico può essere chiaramente presente senza che le urine presentino i caratteri della nefrite. Ed è noto che si è parlato di « morbo acuto di Bright sine nephritide ».

I fatti accennati proverebbero che la nefrite e l'ipertonia non sono in relazione di causa ed effetto. Essi sono fatti concomitanti nel senso che le tossine circolanti nel sangue producono da una parte l'ipertonia e la costrizione dei vasi e dall'altra le lesioni dei reni.

La nefrite oltre che dalle tossine infettive può essere prodotta da altre tossine, come le sostanze embrionali, le quali agiscono in modo analogo sul sistema vasale. Il quadro morboso è conforme anche quando mancano le alterazioni renali. L'avvelenamento saturnino e il rene gravidico sono esempi al riguardo. In tali casi si hanno crisi angiospastiche che assomigliano all'uremia acuta o eclamptica e possono essere accompagnate da albuminuria. Con la cessazione dell'accesso spesso non rimane nulla che provi la persistenza di una nefrite.

L'ipertonia permanente e l'angiospasmo sono fenomeni biologici differenti ed hanno origine diversa. L'ipertonia tossogena costituisce solo lo speciale stato di disposizione dei vasi allo spasmo. La sua evoluzione dipende dall'azione di sostanze circolanti nel sangue e che agiscono sulle fibrocellule muscolari dei vasi. Per l'accertamento della sua presenza non è decisivo il reperto dell'urina, ma il tono delle arterie. Il progresso dell'ipertonia e dell'ipertensione importa l'avanzare della malattia, che nelle fasi ulteriori può passare dalla nefrite al rene raggrinzato. Tra la malattia originaria ed il rene sclerotico manifesto possono passare anni e decenni durante i quali il referto urinario è di scarso rilievo o anche negativo.

Le arterie degli ipertonici sono particolarmente sensibili agli agenti costrittori, i quali provocano sintomi caratteristici che rivelano il tipo dell'ipertonia. Le arterie possono avere crisi accessionali d'angiospasmo sotto l'azione di agenti vari.

Dalle differenti forme di crisi angiospastiche si rileva inoltre che lo stato patologico cellulare è differente nei due tipi fondamentali di ipertonia.

L'ipertensione permanente è una conseguenza dello stato tossico delle pareti arteriose, che però mediante la compartecipazione dei reni è da esso influenzata. Ciò si rileva specialmente nella nefrite, nel senso però che non è l'infiammazione renale, ma le tossine dei suoi germi infettivi che determinano l'ipertonia.

Il progresso della nefrite e l'attività dei suoi germi sono i fattori che sostengono e rafforzano l'ipertonia. Da ciò segue che i disturbi funzionali dei reni e la loro insufficienza peggiorano le condizioni circolatorie. Ciò vale non solo per l'ipertonia tossogena ma anche per la primaria.

Comunque la compartecipazione dei reni in ambo le forme d'ipertonia è un elemento importante e decisivo, ma non è la nefropatia la causa primaria dell'ipertonia.

DR.

ARTICOLAZIONI.

Il dolore sacro-iliaco.

(W. HARRIS. *Lancet*, 15 decembre 1928).

L'articolazione sacro-iliaca è una diartrodosi, riunita da una cartilagine, ed ha una cavità sinoviale più evidente nella donna durante il parto. Le superficie articolari del sacro e dell'ileo sono a forma di orecchio e nella posizione eretta il peso del corpo trasmesso al sacro attraverso le vertebre lombari tende ad abbassare il sacro che facendo cuneo tra i due ilei tende a divaricarli. Le articolazioni sono contenute principalmente dai legamenti sacro-iliaci anteriori e posteriori, di cui il posteriore è il più robusto ed il più importante. Oltre a ciò i glutei e l'erector spinae con la loro contrazione tonica concorrono a rafforzare l'articolazione. Nell'uomo di solito la mobilità dell'articolazione è scarsissima, ma nella donna le superficie articolari sono più piane e consentono così più ampii movimenti specie durante il parto. Per questa condizione e la minore vigoria dei muscoli le distorsioni e le sublussazioni sacro-iliache sono più possibili nella donna.

Poichè la rottura dei legamenti sacro-iliaci è impossibile, una vera dislocazione del sacro non si verifica mai, si può avere però la torsione o rotazione parziale dell'articolazione, nella quale il sacro è inclinato in avanti o indietro sulla sua articolazione. La forma più comune è la rotazione indietro per cui si può avere uno spianamento della curva lombo-sacrale, il così detto dorso piatto, che si verifica dopo una narcosi prolungata. Nella sublussazione prodotta dalla prolungata stazione in piedi, specialmente nelle donne pesanti con ptosi addominale, il sacro è girato in avanti, provocando così una lordosi accentuata, con senso persistente di stanchezza, dolore ai lombi irradiantesi su tutta la colonna vertebrale.

Queste distorsioni possono essere improvvise o acute, subacute e croniche. La forma acuta può verificarsi in occasione di uno sforzo eccessivo. In tali casi si ha un dolore nella bassa regione lombare che può scomparire con

il riposo, e ricomparire e peggiorare anche con diffusioni alle gambe.

Tutti i nervi che passano in vicinanza dell'articolazione le forniscono branche, per modo che l'articolazione stessa si trova sotto il dominio nervoso del midollo lombo-sacrale, del 1° e 2° n. sacrale, dell'otturatore e del gluteo superiore. Date le sue relazioni con il midollo lombo-sacrale non è a sorprendere se le lesioni dell'articolazione provocano dolori riferiti lungo il campo di innervazione dello sciatico, alle gambe ed al piede, e attraverso l'otturatore dare dolori alle anche, agli inguini ed anche alle ginocchia. La dolenzia alla pressione sull'articolazione sacro-iliaca affetta è presso che costante, e la pressione sulla cresta iliaca o sul pube può provocare dolore all'articolazione lesa. Il dolore è aggravato dal cammino, dalla stazione in piedi, dal sedere sul lato affetto e dalla posizione supina. La curva lombare può essere spianata o presentare una lordosi accentuata, mentre la colonna vertebrale è inclinata verso il lato leso. L'andatura è inclinata per evitare di poggiarsi sul lato leso, e ciò più ancora che nella coxite, che è una delle affezioni che può essere confusa con le affezioni sacro-iliache. Il segno di Goldwait consiste nel dolore riferito all'articolazione o alla gamba del lato affetto quando la gamba è estesa sulla coscia flessa. Nei casi di dorso piatto si può correggere la deformità premendo con una mano e con l'altra spingendo indietro l'ileo afferrandolo per una spina anteriore superiore. Quando la lordosi è accentuata si può far notare il sacro con un'estensione forzata delle gambe, è consigliabile anche il riposo in posizione supina. Però il trattamento radicale della sublussazione del sacro consiste nella fissazione dell'osso mediante artrodesi.

Dal punto di vista medico è importante la diagnosi differenziale con la sciatica, le affezioni midollari, la coxite, la lombaggine e la fibrosite sacrale.

Spesso vengono attribuite a sciatica, la quale è un'affezione dovuta a pressione, irritazione o sepsi dello sciatico, affezioni osteo-articolari che provocano dolori riferiti nel campo di distribuzione di detto nervo, e tra esse principalmente l'artrite sacro-iliaca. La presenza del segno di Lasègue non risolve la quistione, perchè esso può riscontrarsi anche nella sublussazione sacro-iliaca. Un segno molto significativo nella sciatica acuta e cronica è la scomparsa del riflesso achilleo, che costituisce il primo indice della lesione delle fibre del nervo, e precede invariabilmente i disturbi sensitivi e distrofici. La sciatica cronica può avere un'origine traumatica, può prodursi in seguito a lesione diretta del nervo o a caduta sulle natiche. Gli sforzi invece non producono la sciatica ma la distorsione sacro-iliaca.

La tubercolosi può colpire l'articolazione sacro-iliaca con l'ulteriore formazione di un ascesso freddo. La tubercolosi del sacro e delle vertebre lombari è messa in evidenza dalla radiografia. Quando questa è negativa occorre procedere all'esame radioscopico del colon e della teca vertebrale, previo clistere opaco per il primo ed iniezione di lipoiodolo nella seconda, allo scopo di accertare l'eventuale presenza di tumori del retto, della pelvi, del midollo lombare o della cauda equina. Clinicamente questi ultimi tumori provocano segni di atrofia muscolare ed anestesia in rapporto alle radici lese, nonchè abolizione dei riflessi.

La sacralizzazione o semisacralizzazione della quinta vertebra lombare è un'altra causa di dolori lombo-sacrali con o senza dolori riferiti lungo lo sciatico. Questo processo consiste in un ingrossamento del processo trasverso di un lato che può articolarsi con la parte alta del sacro o con la cresta iliaca.

Si possono verificare vari gradi di anchilosi lombo-sacrale. In rapporto al fatto che il 5° nervo lombare è il più grande dei nervi lombari, mentre il foro lombo-sacrale è il più piccolo dei fori sacrali, si ha congestione venosa intorno al nervo che risulta compresso da essa o da altre cause (reumatiche, fibrositi) e la conseguente sindrome dolorosa a tipo sciatico. La sacralizzazione essendo un segno di sviluppo retrogrado è rara negli europei, frequente nelle razze non europee e costante nelle scimmie.

La coxite è spesso confusa con la sciatica o con affezioni sacro-iliache. La sua sintomatologia dolorosa può essere tanto simile a quella della sciatica che alcuni autori hanno affermato che quest'ultima dipende sempre da lesioni dell'articolazione coxo-femorale. L'esame dimostrerà la limitazione dell'abduzione e della rotazione della coscia, la dolorabilità di tutti i movimenti, e la tendenza durante il cammino a sollevare il bacino insieme con tutto l'arto. L'esame radiologico mostrerà fungosità della testa dell'omero, scomparsa della cartilagine e dello spazio articolare, con la produzione di osteofiti. L'esame radiologico ha recentemente dimostrata la presenza di osteite deformante, o morbo di Paget, dell'ischio e delle altre ossa pelviche, in individui che presentavano sintomi di sciatica cronica.

Dr.

Dolori lombari.

(*Journ. of Bone a. Joint Surg.*, vol. X, n. 2).

Per incarico della Società Ortopedica Americana uno speciale Comitato (Billington, Willis, O' Reilly) ha promosso un referendum fra 250 ortopedici americani sulla diagnosi e la cura di quelle affezioni dolorose, che vanno comunemente sotto il nome di lombaggine, dolori ai reni ecc. e che gli autori di lingua inglese comprendono sotto il termine generico backache.

Le risposte al questionario hanno dimostrato

una sufficente concordanza di opinioni, da permettere una pratica schematizzazione.

Le cause più comuni di tali dolori sarebbero: artrite, trauma e alterazioni della statica vertebrale: non di rado questi tre fattori si trovano riuniti in un medesimo caso. Tutti i tipi di artrite possono essere in causa, dall'osteo-artrite caratterizzata da fenomeni proliferativi (osteofiti) all'artrite tossica, in relazione con focolai di infezione (denti, tonsille, prostata ecc.), con alterazioni della funzione intestinale... Disturbi della statica vertebrale possono cagionare anzitutto le anomalie congenite del passaggio sacro-lombare; e poi varie deformità degli arti inferiori (piede piatto).

Al trauma si deve riconoscere importanza solo allorchè fra esso e la malattia esista un ragionevole rapporto per riguardo al tempo e all'entità del trauma.

Per la *diagnosi* è essenziale oltre a una anamnesi accurata, un esatto esame, specie per quel che riguarda la localizzazione del dolore e gli eventuali spasmi muscolari; una radiografia è quasi sempre necessaria, specie poi se possono essere sospettate delle lesioni ossee traumatiche.

La diagnosi di artrite è in generale possibile, basandosi specialmente sull'età del paziente e sui rilievi radiografici: si ricordi che l'artrite ipertrofica è affezione di individui che hanno oltrepassato la quarantina. Ma non sempre la cosa è così semplice, specie per la difficoltà di mettere in evidenza le lesioni artritiche (alterazioni iniziali, fatti di fibrosite periarticolare) e molti (Galloway) preferiscono sfuggire ogni esattezza diagnostica, ritenendo il soggetto « estremamente complicato e difficile ».

Alterazioni del sistema genito-urinario debbono sempre essere tenute presenti: ma non vanno sopravalutate. « Un dolore nella parte mediana del dorso in corrispondenza del sacro e del tratto lombo-sacrale deve sempre richiamare l'attenzione sulla prostata e sulle vescichette seminali ». « Allorchè col dolore coesiste una deformità del rachide, solo di rado sono in causa gli organi pelvici ». « I dolori lombari nelle donne sono più spesso affare dell'ortopedico che del ginecologo. Nelle fanciulle poi si pensi sempre a un vizio nella statica vertebrale ».

Assai interessante e difficile è la differenziazione fra lesioni sacro-iliache e lombo-sacrali. Si tenga presente in generale che nelle prime il dolore ha sede sopra l'articolazione sacro-iliaca e in corrispondenza della grande incisura ischiatica, e si irradia lungo lo sciatico; il fenomeno di Lasègue è positivo; la pressione sulle ali iliache può causare dolore. Nelle lesioni lombo-sacrali invece il dolore è più alto e più vicino alla linea mediana e può irradiarsi sulla faccia anteriore della coscia; il tratto lombo-sacrale è rigido e la flessione del tronco in avanti si effettua nelle anche. Nelle lesioni sacro-iliache per contro la flessione ha luogo liberamente finchè, avvertendo il paziente dolore lungo la gamba estesa, vien flesso il ginocchio: nella posizione seduta quindi il movimento può effettuarsi senza ostacolo.

Cura. — Nelle lesioni traumatiche consiste essenzialmente nel riposo, che nei casi lievi può essere dato da semplici striscie di cerotto adesivo; nei gravi deve consistere nel decubito sopra un piano sufficentemente duro: può pure essere richiesta l'immobilizzazione con corsetti, con o senza estensione. Una adatta fisioterapia (termoterapia, massaggio, mobilizzazione) deve essere istituita quanto più precocemente è possibile.

Nelle forme artritiche bisogna cercare di rimuovere tutti gli eventuali focolai di intossicazione, gli errori del ricambio in causa, con una dieta adatta e con una igiene generale. In presenza di fatti acuti può essere necessario immobilizzare (corsetti gessati, letto).

Naturalmente se esistono dei difetti statici, questi vanno, se possibile, rimossi (raddrizzamento di atteggiamenti scoliotici, correzione di piedi piatti ecc.).

In certi casi cronici, ostinati una operazione anchilosante può dare infine sollievo.

Insomma occorre tener presente, oltre alla lesione locale, l'intero organismo, basandosi sulle alterazioni funzionali, sulle reazioni individuali e anche sulla mentalità del paziente.

È necessario individualizzare.

E. VENEZIAN.

MEDICINA SOCIALE

L'alimentazione materna in gravidanza.

(R. BOMPIANI. *Maternità ed infanzia*, febbraio 1929).

Il problema dell'alimentazione materna nella gravidanza va considerato sotto un duplice aspetto poichè, se da un lato, per la profilassi delle tossicosi gravidiche, è assai utile una dieta idrica, lattea e vegetariana, dall'altro non ci si può disinteressare della sorte del nascituro, in quanto che una dieta troppo scarsa ed inadatta potrebbe avere un effetto funesto sul prodotto del concepimento. Lo studio del tema alimentazione e gravidanza, quindi, comporta l'esame di diversi problemi di interesse pratico e scientifico.

L'ACCRESCIMENTO DEL FETO ED IL SUO BISOGNO NUTRITIVO.

Scarse sono le nostre conoscenze sulle leggi che regolano l'accrescimento staturale e ponderale ed i suoi bisogni energetici nelle varie epoche dello sviluppo, tanto più che non ci è possibile scindere nel complesso simbiotico della madre e del feto, il consumo calorico-energetico ed il rispettivo fabbisogno nutritivo dei due organismi. Ad ogni modo, è logico ammettere che, attraverso il villo placentare,

l'organismo fetale si appropria i materiali contenuti nel sangue della madre a seconda della richiesta dei suoi singoli tessuti. Così accade per l'acqua, i sali, gli albuminoidi ed il glucosio, mentre è dubbio che ciò accada per i grassi e le sostanze lipoidee in genere, che forse rappresentano un prodotto dell'attività costruttiva del feto.

L'organismo materno provvede a fornire tali sostanze, da un lato con i materiali introdotti nell'alimentazione, dall'altro con la mobilitazione delle proprie riserve; è anzi probabile che almeno alcune sostanze, per essere rese utilizzabili dal feto, subiscano preventivamente un processo di maternizzazione. Le esperienze hanno dimostrato che, se l'alimentazione è insufficiente, il primo a risentirne gli effetti è l'organismo materno e soltanto se la dieta è estremamente ridotta, i feti nascono magri e poco vitali.

Nell'organismo sano, la donna, però, non subisce depauperazioni per il fatto della gravidanza, ma aumenta le proprie riserve, forse in vista della futura funzione dell'allattamento. Così, per il bilancio azotato, si è visto che la ritenzione di azoto supera il fabbisogno del feto stesso, onde la madre realizza un risparmio di questo elemento; analoghe osservazioni si possono fare per i carboidrati ed alcuni elementi minerali. Di ferro, l'organismo fetale riceve una quantità relativamente esagerata, per cui l'organismo materno presenta un bilancio in difetto, donde un certo grado di anemia a cui vanno incontro le gestanti. Anche per quanto riguarda poi il calcio, l'organismo fetale ne fa una richiesta esagerata per cui non basta la quantità fornita dall'alimentazione e quello della madre subisce un certo grado di decalcificazione.

Assai scarsamente noti sono i rapporti nutritivi fra madre e feto per quanto concerne il fabbisogno di quest'ultimo in vitamine ed amino-acidi (triptofan).

Nello sviluppo del feto a termine, hanno certamente grande importanza l'eredità, nonchè diversi fattori d'indole endogena (primi- o pluriparità, età della prima mestruazione, ecc.) o contingente (anemia, tubercolosi, albuminuria, lavoro, riposo, ecc.). I figli di donne albuminuriche gravi sono quasi sempre di peso insufficiente, mentre sono assai sviluppati quelli di forti mangiatrici (diabete compreso); in entrambi però, l'indice di vitalità e vitabilità è assai minore che il normale. Da ciò, la necessità della così detta *puericultura endouterina*, la quale si propone, con adatta sorveglianza fin dall'inizio e per tutta la durata della gestazione di lenire gli effetti delle tare ereditarie sulla discendenza (curando l'organismo fetale attraverso quello materno e cioè quelle legate o complicanti la gravidanza, in modo da neutralizzarne gli effetti sul prodotto del concepimento e, con opportune norme igieniche e dietetiche, migliorare la prognosi stessa del parto.

L'alimentazione materna e le tossicosi gravidiche.

In generale, durante la gravidanza si osserva un aumento dell'appetito, si hanno però variazioni e modificazioni del gusto che spesso corrispondono ad intime necessità del ricambio in rapporto ad alterazioni funzionali endocrino-vegetative ed all'influenza esercitata dalla psiche. È ovvio che, specialmente durante gli ultimi tre mesi, la dieta della donna incinta debba essere alquanto più sostanziosa di quella in stato non gravidico. Non si possono fissare delle cifre, ma si può ritenere che, in linea di massima, una dieta di 3400-3600 calorie sia più che sufficiente.

Perchè l'alimentazione della gestante riesca adeguata, è necessario che i cibi ad essa somministrati siano facilmente digeribili ed assimilabili e forniscano nel loro ricambio intermedio il minimo di prodotti tossici. L'organismo materno è poi soggetto ad un iperlavoro per la neutralizzazione e l'eliminazione delle scorie tossiche derivanti dal ricambio proprio e da quello fetale. Ed il fegato ed i reni, specialmente, possono andare incontro ad alterazioni che portano ad una più o meno rapida soppressione della funzione.

Una delle principali fucine di sostanze tossiche è rappresentata dall'intestino; la normale eliminazione viene spesso resa difficile dalla concomitante stitichezza mentre la bile, secreta forse in minore quantità per l'ostacolata funzione del fegato, più difficilmente si oppone alla neutralizzazione delle sostanze tossiche stesse.

Dal suo canto, l'apparato renale elimina più difficilmente le sostanze tossiche che così si accumulano nell'organismo della gestante e rendono sempre più difficile lo svolgersi delle normali attività dei singoli sistemi organici.

È poi importante notare che, qualunque sia il tipo della manifestazione dello stato tossi-gravidico, sia che esso riguardi il sistema nervoso (convulsioni eclamptiche, deliri tossici, coma), l'apparato digerente (vomito, iperemesi, ptialismo grave), quello cutaneo (dermatosi di vario genere) o l'emuntorio renale (albuminuria grave, stati preeclamptici, ipertensione arteriosa), il fegato, appunto perchè rappresenta la prima e più importante stazione di arresto e di neutralizzazione dei veleni dell'organismo (e quindi anche di quelli ovulari) si presenta costantemente alterato.

Da ciò dunque, il corollario pratico di concedere alla donna gestante, che presenti segni manifesti di questo stato, soltanto una limitata quantità di proteici, di grassi e di condimenti in genere (escludere il sale se esistono edemi od ipertensione arteriosa), largheggian-

do invece negli idrati di carbonio (a meno che non vi sia una speciale intolleranza) nelle verdure, nelle frutta che, per il loro alto contenuto cellulosico, agiscono come stimolanti della peristalsi intestinale e non di rado come diuretici; importante è poi la somministrazione del latte (e derivati) per l'alto contenuto in sali di calce, tanto necessari alla donna ed al feto. FILIPPINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

F. DE NAPOLI. *La sifilide ereditaria, dal punto di vista clinico, sperimentale e sociale.* Milano, Istituto editoriale scientifico, 1929, pagg. XXVIII-409. L. 70.

L'ottima accoglienza fatta a suo tempo alla prima edizione di questo trattato, comparso nel 1914 ed. Idelson, Napoli, col titolo « La sifilide ereditaria ed i moderni mezzi di indagine e di cura » ed i molti progressi fatti in questo periodo di tempo dalla sifilografia, specie nel campo terapeutico, hanno indotto il De Napoli a ripubblicare la sua opera dopo averla riveduta e molto accresciuta. Il problema della sifilide ereditaria è specialmente un problema di eugenica, e molto a proposito giunge questo libro, in un momento in cui è in piena attuazione la nuova politica demografica.

Nella prima parte del volume la questione della lues ereditaria è trattata dal punto di vista biologico-clinico e sperimentale. L'autore tende ad ammettere che esista un ciclo evolutivo, ancora da dimostrarsi, del treponema, sì che molte lesioni eredo-luetiche, oggi considerate semplicemente tossiche o distrofiche, dovranno rientrare nel quadro della vera eredolue microbica. Per quanto riguarda la dibattuta questione della origine esclusivamente paterna della sifilide il De Napoli, dopo avere ampiamente esposto lo stato attuale del problema, afferma non esservi ancora sufficienti dati sperimentali e clinici per giungere a conclusioni sicure.

In un interessante capitolo è esaurientemente esposto quanto riguarda l'ereditarietà microbica della sifilide sperimentale, argomento al quale l'autore stesso ha portato un non indifferente contributo personale.

Parimenti interessante è la seconda parte del volume, in cui è trattata la profilassi e la terapia, con speciale riguardo al salvarsan e ai suoi derivati, che, in questo più che in ogni altro campo della terapia antisifilitica, e ciò sia inteso specialmente per quanto riguarda la profilassi, vanno considerati medicamenti principi.

Insomma un libro di cui era sentita la necessità nella letteratura, specie italiana, della specialità e che dovrebbe essere letto da ogni medico, sifilografo o no, e da tutte le persone colte che si interessano ai fondamentali problemi di igiene sociale.

La speciale competenza e la vasta cultura dell'autore sono provate dalla ricca bibliografia e dalle citazioni che, fin troppo numerose, non nuocciono però alla chiarezza sempre impeccabile del testo. M. MONACELLI.

J. JANET. *Diagnostic et traitement de la Blennorragie.* Un vol. di 536 pag. con 143 fig. Masson, Parigi, 1929. Fr. 60.

L'appunto che può essere fatto a questo libro di essere troppo unilaterale e personale ne costituisce ad un tempo la lode migliore. Janet non ha voluto raccogliere nel suo trattato, pur fornendolo di una vasta bibliografia, le vedute di altri esponendone i metodi relativi, ma vi ha, più che altro, portato il frutto della sua lunga, ricchissima esperienza.

Anche se non si può sempre convenire nelle sue affermazioni e accettare i suoi postulati, bisogna riconoscere che Janet, già conosciuto per il metodo dei grandi lavaggi che egli ha creato e volgarizzato, porta con questo libro un notevole contributo alla terapia della infezione blenorragica.

La prima parte è consacrata alle considerazioni generali sulla blenorragia e alla descrizione dello strumentario indispensabile; seguono quindi i capitoli su la diagnosi e il trattamento della blenorragia nell'uomo, ed è qui che l'autore insiste con minuzia sulla tecnica del suo metodo di trattamento.

Sono poi trattate le complicazioni, insistendo specialmente sulle anomalie e malformazioni uretrali e parauretrali, causa le tante volte, per chi non le riconosca, di esasperanti insuccessi nel trattamento.

Si parla poi della blenorragia nelle donne e nelle bambine e infine delle complicazioni e dei metodi di cura comuni ai due sessi. In un capitolo di questa quarta parte è trattata la spinosa questione del matrimonio dei blenorragici, con l'esposizione dei vari metodi di accertamento della guarigione dell'infezione gonococcica.

L'opera, se pure, come si è detto, unilaterale e, talvolta, eccessivamente ottimista, è ricca di consigli utili e di preziose norme direttrici. M. MONACELLI.

K. ZIELER. *Lehrbuch und Atlas der Haut und Geschleschtskrankheiten.* Due vol., Urban e Schwarzenberg, 1928. Mk. 65.

Alla prima edizione di questo trattato, comparsa nel 1924, ha fatto in breve seguito la seconda. Ciò è prova del giusto favore incontrato dall'opera veramente magistrale. Si tratta del vecchio, noto atlante di Jacobi, accresciuto di oltre 60 tavole e corredato da Zieler, in volume a parte, di un ottimo testo, scritto con criteri quasi esclusivamente didattici e pratici, sì da essere prezioso non al solo dermatologo, ma anche, e più specialmente, al

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

generico. Senza dilungarsi in disquisizioni scientifiche lo Zieler tratta la materia in modo conciso ma chiaro e completo; anche per quanto riguarda la terapia, sia delle malattie cutanee che veneree, non è detto che quello che può veramente essere utile, e questo è pregio non piccolo.

Le 173 tavole a colori sono in gran parte buone, molte ottime; rare le poco dimostrative; il testo è corredato di 150 figure in nero riproducenti quasi esclusivamente sezioni istologiche. Di ogni forma morbosa in questo modo si ha, oltre alla iconografia clinica, anche quella anatomo-patologica, facendo così che nella mente dello studioso l'una non vada mai disgiunta dall'altra, il che è, più, se è possibile, che in ogni altra disciplina medica, fondamentale in dermatologia.

Un'opera dunque cui va data sincera lode e della quale dobbiamo esser grati all'illustre clinico di Würzburg, che, come Jadassohn ha fatto per il vecchio Lesser, ha voluto che l'opera di Jacobi non andasse perduta ma l'ha completata ed aggiornata facendone uno dei più interessanti testi moderni di dermovenereologia. M. MONACELLI.

E. KROMAYER. *Die Behandlung der Kosmetischen Hautleiden.* Ed. G. Thieme, 1929.

In questo libro l'A. il cui nome è ben noto nel campo della dermatologia espone le sue opinioni sulla patologia e sulle cure fisiche, operatorie e medicamentose delle malattie della pelle che interessano più che altro la cosmesi.

Kromayer di questa materia ha una esperienza di 30 anni. Il libro è scritto con grande serietà e precisione ed è utile assai a chi si interessi alle malattie comprese in questo campo nel quale il ciarlatanismo fiorisce come forse in nessun altro.

M. ASCOLI.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

XXV Riunione della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia.

(Milano, 9-12 maggio 1929 - Anno VII).

L'ordinaria riunione di questa Società, in continuo incremento per numero di soci e per attività scientifica della quale sono segno evidente la mole e l'importanza degli « Atti » pubblicati annualmente, ha avuto luogo questa volta nell'operosa Milano, e per i numerosi intervenuti, per gli argomenti trattati, per l'elevate discussioni che ne seguirono può dirsi una delle meglio riuscite in questi ultimi anni.

Dopo la solenne inaugurazione, sotto la presidenza del prof. M. TRUFFI (Padova), ed alla presenza dei componenti l'intero Consiglio direttivo, fra cui il prof. PORCELLI (Livorno) delegato dal Direttorio M. N. F., dei rappresentanti del Prefetto della Provincia, del Sindacato medico Fascista, del Comune e degli Ospedali di Milano, e della Direzione di Sanità Militare, furono immediatamente iniziati i lavori del Congresso con la relazione del 1° tema ufficiale « *Pireto e malariaterapia della sifilide* » fatta dal prof. A. PASINI (Milano) e la lunga e vivace discussione a cui essa dette luogo ed alla quale parteciparono oltre a molti soci, anche distinti cultori di psichiatria e neuropatologia che la novità e l'importanza dell'argomento avevano richiamati in mezzo ai colleghi dermosifilografi.

Di pari interesse fu la relazione del prof. G. MARIANI (Bari): « *Reazioni di difesa e stati immunitari cutanei* », oggetto essa pure di animato dibattito fra i presenti.

Le due relazioni sono state già pubblicate per le stampe e noi ci riserbiamo a suo tempo di farne un esteso riassunto per i lettori del « Policlinico »: ci sia solo qui consentito di rilevare come per il numero ed il valore dei dati clinici e sperimentali raccolti, per la genialità delle vedute e per la magistrale elaborazione e trattazione esse suscitarono consensi ed ammirazione unanimi e rappresentano dei lavori di cui la famiglia dermatologica Italiana può a buon diritto andare orgogliosa.

Malgrado la brevità del tempo, reso più ristretto dalle visite all'Istituto Sieroterapico Milanese e ad alcune istituzioni profilattiche cittadine, quasi tutte le *comunicazioni* segnate all'ordine del giorno (ben 116!) potettero essere svolte: delle più notevoli, daremo un breve cenno a parte in altra occasione.

Assai interessante fu la esposizione di casi clinici, organizzata egregiamente dal Consiglio direttivo della Società e del Comitato locale ordinatore del Congresso. Ad essa parteciparono le cliniche di Milano (prof. PASINI), di Pavia (prof. MANTEGAZZA), di Torino (prof. BIZZOZERO), il prof. ARTOM (Novara), il dott. FAVENTO (Trieste) con un caso per diagnosi, ed altri soci.

Dopo aver votato alcune modificazioni allo Statuto sociale, un ordine del giorno sull'esercizio della radiologia ed un altro per la profilassi della lepra, l'Assemblea provvide alla costituzione del Comitato Italiano per il Congresso internazionale

di Dermatologia e Sifilografia che avrà luogo a Copenaghen nel venturo anno, alla nomina dei nuovi soci nazionali ed esteri e proclamò Roma a sede del Congresso del 1930.

La proverbiale ospitalità milanese non mentì anche in questa occasione la sua fama ed i soci furono fatti segno ad ogni sorta di agevolazioni e di cortesie fra cui un ricevimento da parte del Podestà nello storico palazzo Marino.

In mezzo ai numerosi intervenuti al Congresso, fra i quali erano quasi tutti i titolari delle Cliniche dermosifilopatiche Italiane, non mancarono dermatologi stranieri che vollero prendere parte alla nostra riunione: di essi ricorderemo il prof. HOFFMANN di Bonn che espose alcuni suoi studi sulla sifilide sperimentale.

Esaurito l'ordine del giorno, il presidente prof. TRUFFI con applaudite parole salutò gl'intervenuti e dichiarò chiuso il Congresso, i cui risultati saranno messi in evidenza dal volume degli « Atti » d'imminente pubblicazione.

V. MONTESANO.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 22 marzo 1929.

Presidenza: Prof. FERRATA, presidente

Sulla formazione del grasso del latte.

Dott. A. MIGLIAVACCA. — L'O. ha potuto osservare nell'interno dei vacuoli della cellula mammaria in lattazione due categorie di elementi: granuli e minuscole formazioni a calotta guardantisi per la loro concavità. I globuli di grasso fanno la loro prima comparsa alla superficie di queste formazioni, che vengono poi spinte alla periferia dai globuli ingrossantisi.

Nel lume ghiandolare si trovano queste formazioni periglobulari ancora a contatto coi globuli di grasso.

L'O. avanza l'ipotesi di una relazione genetica fra i globuli di grasso del latte e queste formazioni probabilmente condriosomiche.

Sulla denervazione della ghiandola tiroide.

Dott. V. TRONCONI. — L'O. esperimentando su conigli ha compiuto, da un lato, l'exeresi dei nervi laringei superiore ed inferiore e l'estirpazione del ganglio simpatico cervicale superiore: dal lato opposto l'asportazione del lobo tiroideo. Ha potuto osservare negli animali uccisi alcuni mesi dopo l'intervento, notevoli alterazioni citologiche nelle emitiroidi denervate lasciate in sito.

L'azione dei raggi ultravioletti sui tegumenti del "Proteus anguineus".

Dott. FRANZ CORTESE. — L'O. sperimentò su 14 protei e usò irradiazioni U. V. a dose leggera, tale da produrre sull'uomo un lieve eritema senza pigmentazione successiva. Nei protei irradiati più volte predominano i fatti degenerativi ed infiltrativi; appare inoltre un'estesa pigmentazione epidermica che avviene con qualche probabilità a carico delle cellule di Leydig; la lieve pigmentazione dermica, esistente anche nel proteo normale, non subisce alterazioni. Le micosi in un primo tempo distrutte per dispersione e frammentazione dei cromosomi, riappaiono qualche giorno dopo il trattamento, più precoci e numerose nelle branchie; dove in genere i fatti degenerativi appaiono attenuati, intensi i fatti riattivi infiammatori.

I protei, ad ogni nuova irradiazione, anche se debole e distanziata, soffrono notevolmente (sensibilizzazione degli animali di fronte alla luce U. V. ?) e muoiono, molto anemizzati, in seguito a 3 trattamenti. Per influenza dei R. U. V. si nota un'eosinofilia tardiva nel sangue e nelle branchie; precoce e intensa nel fegato, dove si accompagna ad infiltrati linfocitari; generale e spiccata negli animali irradiati più volte.

Il Segretario: F. RICCI.

Associazione Medica Triestina.

XIX adunanza scientifica dell'8 marzo 1929.

Presidente: dott. A. COFLER.

Endocardite settica da diplococchi.

Dott. G. MANN. — Presenta un caso di endocardite settica da diplococchi, nel quale tutti i metodi di cura, compreso l'autovaccino, erano rimasti senza alcun effetto. Poichè la malata continuava ad avere violenti brividi, rialzi termici altissimi ed andava sempre più deperendo, fu praticato un ascesso di fissazione mediante l'olio essenziale di trementina. Come risulta dal diagramma delle temperature, il successo fu immediato e brillante e la malata può considerarsi guarita.

Dott. A. DE CRISOGONO. — Rileva che nella sepsi puerperale l'ascesso di fissazione viene usato non per cura ma per la prognosi, nel senso che si può far prognosi fausta quando dopo l'iniezione di trementina si ha la formazione di un ascesso.

Lesioni apicali ed infiltrati sottoclavicolari in rapporto alla genesi della tisi.

Dott. R. MORO. — L'O. espone le note considerazioni che tendono a togliere all'apice polmonare parte dell'importanza che nel passato gli veniva attribuita nella genesi della tisi e che trovano la loro conferma nelle osservazioni fatte per primo da Assmann, secondo le quali la tisi proverrebbe per solito da un infiltrato che si stabilisce abitualmente nella zona infraclavicolare o media polmonare. Questo infiltrato nella maggioranza dei casi non sarebbe diagnosticabile che all'esame radiologico, dando esso segni clinici di scarso rilievo.

Esso sarebbe passibile di tutte le trasformazioni cui possono andare incontro i comuni infiltrati tubercolari, per lo più però tende al rammollimento caseoso.

Secondo Redeker gli infiltrati apicali sarebbero-

secondari all'infiltrato sottoclavicolare e da questo proverebbero per disseminazione. Perciò la diagnosi delle forme lievi apicali non sarebbe una diagnosi precoce.

Queste nuove vedute chiariscono la ragione per cui la zona sottoclavicolare come già fecero osservare vari autori si mostra quella dove con maggiore facilità si riscontrano le caverne iniziali, come vengono a porre in rilievo alcuni dati statistici secondo i quali relativamente pochi sono gli individui affetti da tubercolosi apicale che in seguito si ammalano di tubercolosi tisiogena, mentre d'altro canto i soggetti affetti da tubercolosi conclamata che presentano nell'anamnesi una tubercolosi apicale sono in una percentuale scarsa (Bramcinih).

Per quanto riguada la genesi del focolaio di Assmann si ritiene che esso possa essere sia a infezione esogena che endogena; per quest'ultima si ritiene sia specialmente frequente la provenienza ilare.

Ha particolarmente importanza la diagnosi precoce di questi infiltrati per la particolare loro tendenza al rammollimento caseoso e alla diffusione per aspirazione.

La cura indicata è sopratutto quella sanatoriale, salvo immediato intervento pneumotoracico non appena il processo dimostri tendenza all'escavazione e alla diffusione.

Dott. Mann. — Sarebbe lieto di conoscere l'opinione degli anatomo-patologi sull'infiltrato iniziale sottoclavicolare, perchè gli sembra strano che alle sezioni si riscontrino tanto spesso localizzazioni apicali (cicatriziali ed in atto) senza diffusione verso la regione sottoclavicolare, mentre non si può dire altrettanto dell'infiltrato sottoclavicolare.

E, poichè non è logicamente ammissibile che il detto infiltrato evolva sempre o a completa guarigione anatomica od a diffusione verso il resto del polmone, senza che mai lo si riscontri almeno quale reperto, incidentale in persone morte di altra malattia, l'oratore deve dichiararsi scettico di fronte alla teoria di Assmann sino a che gli accennati dubbi non vengano eliminati dalle indispensabili ed inoppugnabili testimonianze anatomo-patologiche.

Dott. Ferrari. — Rileva come alle sezioni egli può constatare spesso lesioni apicali, mentre vede molto raramente lesioni della zona media del polmone.

Moro. — Riferisce che l'unico focolaio sottoclavicolare in atto è stato trovato dall'Assmann.

Battigelli. — È d'accordo per quello che riguarda il carattere maligno dell'infiltrato medio-polmonare ma non ammette che l'affezione tubercolare polmonare si inizi con un infiltrato sottoclavicolare.

Considerazioni sulla glossoptosi.

Dott. Giusto Zanier. — Dopo aver descritto la patogenesi e l'aspetto clinico della glossoptosi, il relatore fa risaltare la gravità di questa forma morbosa, la cui importanza non è minore di quella dell'adenoidismo e della tubercolosi, per la frequenza altrettanto grande e per le conseguenze (ancora poco valutate) sull'avvenire del fanciullo, così da reclamare una lotta attiva contro le cause di questo male.

Il Segretario: E. Roncalli.

XVIII Adunanza Scientifica dell'11 marzo 1929

Presidente: Dott. A. Cofler.

La frenicoexeresi nella cura della tubercolosi polmonare.

Dott. Stelio Sticotti. — Ricorda la storia della terapia chirurgica della tubercolosi polmonare e dell'intervento sul frenico in special modo. L'intervento sul frenico è una delle più recenti operazioni chirurgiche per la tubercolosi polmonare: esso fu proposto da Stuertz nel 1911 e fu attuato per la prima volta da Bardenheuer (1912). Adesso si è abbandonata la frenicotomia e la frenicectomia e si pratica solamente la frenicoexeresi (Felix, 1922) in modo da interrompere possibilmente anche tutte le anastomosi del nervo.

Dopo aver accennato all'origine e al decorso del frenico e alla tecnica operatoria, il relatore espone le indicazioni della frenicoexeresi.

In conseguenza della frenicoexeresi l'emidiaframma corrispondente diventa immobile (se non lo era già prima) e perdendo il suo tono risale in alto, spintovi dalla pressione addominale e attrattovi dal polmone, la cui elasticità non è più cimentata e che perciò può retrarsi. (Presentazione di radiografie in varie proiezioni di pazienti operati).

Come esito si ha: 1) l'immobilizzazione relativa del polmone; 2) la diminuzione del suo volume; 3) la riduzione della sua circolazione sanguigna e linfatica.

In base ad un'esperienza seppure limitata (14 casi) il relatore crede di poter affermare che la frenicoexeresi dà dei vantaggi piuttosto limitati nella cura della tubercolosi.

Data però l'assenza di qualsiasi rischio operatorio, la mancanza di peggioramenti ad essa imputabili, la scarsità delle risorse terapeutiche in campo di tubercolosi polmonare il relatore crede che debba essere approvato sempre un tentativo fatto anche con essa. La più logica applicazione dovrebbe essere però come intervento preparatorio o di completamento della toracoplastica.

Dott. Mann. — Comunica che ha fatto eseguire la frenicoexeresi in 7 ammalati degenti nel suo riparto ospedaliero ed ha ritratto in complesso una impressione meno sfavorevole del dott. Sticotti.

Dott. Battigelli. — Osserva pure di aver avuto dei risultati lusinghieri nei casi osservati al Dispensario antitubercolare, da lui diretto ed operati per consiglio del dott. Mann.

Dott. Cofler. — Riferisce di 4 casi di tubercolosi polmonare del suo riparto ospedaliero fatti operare di frenicoexeresi; uno specialmente è degno di nota, perchè a due anni di distanza dall'intervento è in ottime condizioni con sputo Koch negativo.

Il Segretario: E. Roncalli.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Constatazioni anatomopatologiche nei tubercolotici polmonari trattati con il pneumotorace artificiale.

H. Guyon (*Thèse de Lyon*, 1929) osservando parecchie autopsie, di tubercolosi, trattati con il metodo Forlanini, ha potuto fare alcune constatazioni suscettibili di portare qualche schiarimento al problema, ancora oscuro del meccanismo d'azione della collassoterapia.

In questi malati le lesioni pleuriche sono costanti: vi sia o no liquido, i foglietti pleurici sono ispessiti, ricoperti d'essudati fibrinosi. Le perforazioni polmonari sono frequenti (1/5 dei casi): si trovano quasi sempre in vicinanza di briglie aderenziali, in alcuni casi di dimensioni considerevoli, sino a mettere a nudo grandissime estensioni di parenchima polmonare.

Ma ciò che sopratutto è importante in un polmone collabito, e che colpisce a prima vista, è la sclerosi intensa a livello delle parti malate, sclerosi che alcune volte è di una durezza lignea. Anche quando la compressione è perfetta, le caverne tubercolari restano ordinariamente beanti ed anche l'A. non ha mai notato cicatrizzazione delle caverne, per aderenza delle loro pareti opposte.

Se si eccettua la regione sottopleurica, immediatamente adiacente alla pleura viscerale ispessita, le regioni sane del polmone collabito non sono modificate affatto nella loro costituzione istologica dal pneumotorace. A livello però delle lesioni tubercolari dell'organo collabito, si possono fare le seguenti constatazioni istologiche: *a*) alterazioni importanti e considerevoli dei vasi, di cui la maggior parte sono affetti da una panvascolarite intensa; *b*) atrofia regressiva delle ramificazioni dell'albero bronchiale; *c*) sclerosi sistematizzata perivascolare, eccezionalmente pleurogena.

Inoltre è da segnalare la presenza di importanti neoformazioni alveolari a epitelio cubico e di masse amorfe, translucide, di difficile natura chimica, ma che costituiscono un terreno refrattario all'evoluzione di ogni lesione tubercolare nuova al loro livello.

Le alterazioni vascolari, estese e costanti, sono quelle che regolano l'evoluzione anatomica delle lesioni tubercolari collabite. Anche la sifilide realizza nel polmone lesioni vascolari identiche ed è appunto l'analogia delle turbe vascolari iniziali quella che imprime loro caratteri morfologici comuni alle due lesioni, dovute però a cause etiologiche differenti.

Il pneumotorace non impedisce affatto, in un polmone collabito, la comparsa di nuove lesioni ed anzi l'A. ha potuto notare, a diverse riprese, in zone atelettasiche, lesioni giovani, indiscutibilmente recenti.

Così pure il pneumotorace non sempre arresta l'evoluzione delle lesioni tubercolari. In alcuni casi, quando per ragioni indeterminate, il tessuto connettivo non presenta altra reazione che la costituzione di nuovi fasci collageni, le lesioni proseguono il loro cammino infiltrante ed ulceroso, nonostante il collasso sembri essere soddisfacente.

Nei casi di morte, per sviluppo di lesioni tubercolari nel polmone opposto, queste lesioni predominano nella regione iuxta-ilare quando la bilateralizzazione è precoce; se invece è tardiva non hanno alcuna particolarità topografica.

A. Pozzi.

Le funzioni del diaframma.

I movimenti muscolari del diaframma condividono con le attività contrattili dei muscoli inseriti alle costole la responsabilità di far variare la capacità toracica, in rapporto alle varie fasi della respirazione. E, propriamente, al diaframma viene assegnata la parte più importante del meccanismo dell'inspirazione, oltre a quello pure importante che determina alcuni atti espulsivi, quali lo sternutire, il ridere, il vomitare e il gridare.

Per alcuni fisiologi, quindi, il muscolo diaframmatico occuperebbe il secondo posto dopo quello cardiaco.

Ci si domanda ora se, data tale importanza di funzione, la frenicotomia, con conseguente paralisi del diaframma, rappresenti veramente un procedimento innocuo per l'organismo.

Un importante studio sperimentale in tale senso è stato fatto da W. S. Lemon (rif. in *The Jour. A. M. A.*, 15 dic. 1928) sopra animali da laboratorio, ai quali fu paralizzato il diaframma a metà solamente, o per intero. Tali animali si mostrarono in seguito vitali e vivaci come gli altri di controllo, e la loro autopsia non permise di rilevare alterazioni morbose apprezzabili a carico dei vari organi.

È logico quindi dedurne come anche l'uomo possa vivere bene con mezzo diaframma paralizzato, per quanto possa andare in lui perduta una piccola parte della capacità vitale, riparata poi in seguito dai fattori di compensazione.

La frenicotomia, adottata oggi quale metodo di cura in certi casi di tubercolosi polmonare e di processi suppurativi, con risultati discreti, non trova dunque ostacolo nello studio fisiologico della funzionalità del diaframma.

M. Faberi.

CASISTICA.

L'iperglicemia senza glicosuria nella foruncolosi.

A. Vassileva (*Thèse de Strasbourg*, 1929) osserva che l'iperglicemia senza glicosuria, stato passeggero in alcune circostanze, costante in altre, ed in rapporto a volte con il diabete, a volte assolutamente indipendente, ha suscitato

numerose ricerche, sulle malattie più diverse, ma in primo luogo, nelle manifestazioni patologiche, abituali ad essere osservate nel diabete. I dermatologi, da lungo sospettando a base di differenti dermatosi, un disturbo del metabolismo, ignorandone la natura, hanno esaminato il tenore del sangue in urea, in colesterina e sopratutto in glucosio, nelle differenti malattie della pelle. Gli internisti da una parte, i dermatologi dall'altra, hanno stabilito delle statistiche, secondo le quali l'iperglicemia senza glicosuria è nella foruncolosi frequente più che in ogni altra affezione, sia medica che dermatologica.

Un leggero disturbo nella glicoregolazione, rivelantesi con un'elevazione patologica o con un allungamento della curva nella prova della iperglicemia provocata, si riscontra spesso in questi malati.

Nei soggetti, con l'una o l'altra di queste reazioni patologiche, il regime senza idrati di carbonio dovrà costituire la base del trattamento e portare la guarigione nella maggior parte dei casi.

Il pratico, privo di questi metodi di esplorazione, potrà fare un trattamento di prova, quando sospetti la loro esistenza.

Alcune volte gli iperglicemici non guariscono della loro foruncolosi, ma l'insulinoterapia deve essere sempre istituita.

Esistono infine degli individui con foruncolosi senza alcun disturbo della glicoregolazione, i quali naturalmente non risentono affatto del regime.

A. P.

Diabete mellito in due gemelli.

Si comprende come questo fatto possa prestarsi a delle considerazioni di un interesse veramente grande. Bunce e Dougherty (*The Journal of the Amer. Med. Assoc.*, 5 gennaio 1929) hanno studiato due gemelli nei quali a quattro mesi di intervallo comparve un diabete mellito, a cui nulla nei precedenti ereditari sembrava predisporli. Essi avevano anche delle strane lesioni congenite: l'uno presentava strabismo convergente con ambliopia dell'occhio sinistro, l'altro strabismo divergente con ambliopia dell'occhio destro. Essi reagirono in modo eguale alla cura in quanto con lo stesso regime più 20 unità di insulina la glicemia tornò normale (!).

L. Tonelli.

TERAPIA.

L'artrite acromio clavicolare: diagnosi e terapia.

I movimenti della spalla si trovano in 4 punti: nell'articolazione omero scapolare, nello spazio sottodeltoideo, tra il cingolo scapolare e il tronco, nell'articolazione acromio clavicolare. Mentre le alterazioni delle prime sono ben conosciute, quelle dell'articolazione acromio clavicolare sono poco note e spesso trattate come reumatismo.

Su esse esiste solo un lavoro di Sievers che ne riporta 11 casi trattati conservativamente e 3 operati. Erkes (*Bruns Beit. z. Klin. Chir.*, vol. 144, parte 2ª, p. 270) riferisce su 5 casi occorsigli e operati. Subiettivamente questi malati presentano dolore alla pressione nella regione dell'articolazione acromio clavicolare, dolore nel sollevamento del braccio in posizione orizzontale, qualche volta crepitio, non ipotrofia. L'esame radiografico non dà nulla di caratteristico. In qualche caso iniettando della novocaina nell'articolazione il dolore scompare.

Il trattamento, dopo le infruttuose cure mediche, è stato operatorio consistente nella resezione dell'articolazione, che viene facilmente compiuta con l'anestesia locale e con l'uso della sega di Gigli. Si può interporre un pezzo di grasso fra i capi articolari.

Nei primi 5 giorni la spalla viene contenuta in una fasciatura alla Decault, all'ottavo si iniziano i movimenti.

Le ricerche istologiche fatte in 3 casi ricordano le alterazioni della malattia di Perthes.

I risultati ottenuti col trattamento chirurgico sono stati in tutti ottimi con ripristino della funzione senza dolore.

R. Brancati.

Nuovo metodo per la riduzione incruenta della lussazione congenita dell'anca.

Dopo aver ricordato le statistiche e le opinioni degli ortopedici sulle conseguenze a volte molto gravi dell'intervento col metodo Paci-Lorenz, A. Curzio (*Revue d'orthopédie*, gennaio 1929) illustra il suo metodo che consiste nella sospensione dell'ammalato per la coscia, mediante un apparecchio proprio, e con la riposizione, con facile manovra, della testa del femore in cavità, evitando l'azione di leva col femore e la trazione sui tessuti molli.

L'importante metodo richiama la considerazione e gli esperimenti degli ortopedici ed il sussidio della pratica che ha dato ottimi risultati all'autore.

A. P.

Contributo alla cura delle fratture della rotula.

Schanz (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 152, p. 120, 1928) ha osservato un paziente affetto da fratture iterative della rotula alla nona frattura. La rotula aveva acquistato le dimensioni di 13,5 per 7,5 cm. mentre quella sana misurava 4,5 per 4,5 cm. Per ottenere una guarigione definitiva asportò la rotula e ricostruì la continuità tra legamento e tendine rotuleo fissando sui due monconi il sartorio mobilizzato verso l'interno nella sua metà distale mante-

nendone però inalterata l'inserzione ossea. Il risultato funzionale è stato ottimo.

Per spiegare la causa delle fratture iterative della rotula l'A. fa rilevare la sua eccessiva lunghezza per cui nei movimenti di flessione del ginocchio l'apparato legamentoso e il quadricipite ne determinavano la flessione sui condili femorali.

VALDONI.

Ferite tendinee della mano e delle dita.

Come osservano M. Iselin e Tailhefer (*Gazette des hôpitaux*, 20 luglio 1927) i risultati della sutura dei tendini flessori sono stati finora deplorevoli, tanto che alcuni chirurghi consigliano addirittura l'astensione. Vi sono però dei procedimenti che danno buoni risultati.

La difficoltà che si oppone è data dall'esistenza di due tendini che scorrono in una guaina osteo-fibrosa molto serrata, che si deve ad ogni costo rispettare se si vogliono evitare le aderenze e la sinfisi.

Si può intervenire immediatamente se la ferita è netta e relativamente pulita; se essa è dubbia o settica, o se non si è potuto intervenire subito, è meglio attendere tre mesi per esserne sicuri che non si ha più microbismo latente nella cicatrice.

Evitare le incisioni longitudinali; fare un'incisione trasversale, o meglio, un lembo. Operare sotto anestesia generale, con emostasi temporanea per mezzo della fascia elastica.

Tecnica di Cunéo. Fare per ogni capo una sutura col filo di lino n. 1, lubrificato. Per rispettare la guaina fibro-sinoviale, si scopre il tendine alla base del dito e lo si sfila dalla guaina, si applica il filo e si rimette il tendine nella guaina; per il capo periferico, è giuocoforza incidere la guaina, ciò che si può fare lateralmente al punto di attacco falangeo. Quando essa è troppo rovinata, la si può sostituire con una membrana animale. La sutura va ricoperta con un buon lembo cutaneo e non con una cicatrice cutanea, che avrebbe tutte le probabilità di diventare aderente.

Tecnica di Sterling Bunnel. Questo chirurgo, invece di riparare il tendine sezionato, lo sostituisce con un innesto (piccolo palmare od estensore di un dito del piede) prelevato estemporaneamente dall'individuo stesso. Si fanno le suture alla base del dito ed all'estremità inferiore della seconda falange. Per le dita si hanno, in tal modo, risultati favorevoli nell'85-95 % dei casi.

Grande importanza ha anche il trattamento postoperatorio. Si deve mobilizzare precocemente, dal V al VI giorno, con molta dolcezza. A partire dal 12° giorno, fare la ionizzazione con lo joduro di potassio.

L'insuccesso è fatale, se l'asepsi non è stata perfetta.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Malattie delle tabaccaie. — All'abb. n. 4721:

Sono state largamente studiate e variamente valutate secondo i diversi autori. I momenti patogeni sono i seguenti: 1) la polvere delle foglie, che contiene particelle legnose a spigoli acuti, peli finissimi e cristallini di ossalato di calcio; essa irrita le mucose con cui viene a contatto e determina soprattutto irritazioni ed infiammazioni delle vie respiratorie; 2) la nicotina e l'olio essenziale, che possono passare nell'aria anche dalle foglie non fumate e sono inalati con la stessa polvere, determinando i fenomeni tossici da nicotina; la quantità di questa che si trova nella polvere delle fabbriche di tabacco (e che viene quindi introdotta nell'organismo) va oltre 0.5 %. La nicotina può anche penetrare nell'organismo per via cutanea, col trasporto, a dorso nudo, di cumuli di foglie di tabacco; 3) le attitudini viziose durante il lavoro.

Corrispondentemente, si hanno:

1) Malattie delle vie respiratorie che arrivano al 40 % e, negli individui giovani, sui 25-34 anni, anche al 100 %. Con una certa frequenza si trova la tubercolosi, in proporzione maggiore che per altre industrie;

2) I fenomeni tossici da nicotina, particolarmente spiccati all'inizio; nei primi sei mesi sono più di 70 % delle giovani ragazze che si ammalano con cefalea, sintomi di congestione alla testa con sensazione di intontimento, palpitazioni, angoscia precordiale, indebolimento del polso, disturbi gastro-intestinali (rigurgiti acidi, gastrodinia, vomiti, diarree, mancanza di appetito), insonnia, neurosi di varia manifestazione, stanchezza generale e specialmente alle mani ed ai piedi. Sono frequenti le anemie, con il consueto corteo di sintomi (cefalea, vertigini), da attribuirsi direttamente all'azione della nicotina che, anche sperimentalmente negli animali, determina riduzione delle emazie e dell'emoglobina.

Frequenti e variamente apprezzati sono i fenomeni nella sfera genitale femminile: aborti, parti prematuri, elevata mortalità infantile, fenomeni di elevata eccitabilità sessuale, frequenti disturbi mestruali;

3) Le attitudini viziose durante il lavoro possono portare a cifosi, a stasi venose (nei predisposti); si è osservato anche il crampo, nei fabbricanti di sigarette.

La morbosità è maggiore nei paesi dove la lavorazione è libera e si fa spesso a domicilio. Gli accennati fenomeni morbosi sono da considerarsi di origine professionale; non è però da escludersi anche l'intossicazione volontaria, per l'abitudine di fumare che acquistano fin dal principio le giovani operaie, in cui questo insidioso tossico viene così introdotto per più vie ed in più modi.

Bisogna tener presente che questa industria, in Italia, è una delle meglio protette dal punto

di vista dell'igiene del lavoro e che buona parte delle nostre fabbriche, dipendenti dallo Stato, sono bene organizzate sotto tale punto di vista.

Nella visita di ammissione, si dovrebbero escludere gli individui con malattie degli organi respiratori, con predisposizione alla tubercolosi e con tendenza all'anemia.

FILIPPINI.

Al prof. V. C., da F.:

Il *Manuale di igiene coloniale* del prof. SANARELLI è pienamente consigliabile, anche perchè tratta largamente di argomenti importanti e spesso trascurati da altri, come p. es. l'alcoolismo e la tubercolosi in colonia. È però stato pubblicato nel 1914 e molte nozioni si sono venute modificando da quel tempo.

È quindi opportuno integrarlo con altri. Fra questi, citiamo: l'*Igiene coloniale* di C. M. BELLI (U.T.E.T., 1928. Prezzo L. 25); la *Geografia medica ed igiene dei nostri possedimenti coloniali*, di G. GRIXONI (Provveditorato generale dello Stato, Roma, 1926, prezzo L. 20).

Utili nozioni si troveranno anche nella *Geografia medica* di C. MUZIO (Hoepli, Milano, 1922. Prezzo L. 48).

fil.

La reazione di Jefimov. — All'abb. n. 4929:

A 10 cmc. di urina emessa di recente, si aggiungono 5-10 gocce di soluzione di nitrato mercurico (può servire quella indicata nella nostra farmacopea), portando poi ad ebollizione. L'urina normale diventa lattescente; nel caso di elmintiasi si avrebbe un precipitato grigio fino e nerastro. Allo scopo di evitare errori, l'individuo non deve aver preso medicamenti da qualche giorno. La reazione sarebbe dovuta alle tossine segregate dai vermi ed eliminate con le urine.

L'attendibilità della reazione è però scarsa ed è assai meglio basare la diagnosi di elmintiasi su altri criteri, particolarmente sull'esame delle feci.

fil.

VARIA.

Dati statistici sulle cardiopatie reumatiche.

Una statistica sull'etiologia delle cardiopatie, basata sull'osservazione di 500 casi in individui di età da 2 a 22 anni, è stata compilata da Wilson, Lingg e Croxford (*American Heart Journal*, dic. 1928). Nei quattro quinti di questi malati risultò il reumatismo come fattore eziologico. Le cardiopatie congenite furono in numero di 55 e cioè l'11,2 %; in 18 di questi casi si era però avuta anche infezione reumatica.

L'età media in cui gli attacchi di reumatismo si erano iniziati, fu trovata di 7,3 anni; nella metà dei fanciulli l'inizio si ebbe tra i 6 e i 9 anni; in genere sembra che dopo i 12 anni la frequenza dell'infezione reumatica vada diminuendo. In tre quarti dei 413 fanciulli che avevano nei loro precedenti il reumatismo, si era sviluppata una vera cardiopatia in atto; nel quarto rimanente si constatò una « cardiopatia potenziale ».

In 91 % dei casi di reumatismo si è trovato qualche segno di risentimento cardiaco: segni più definiti si sono riscontrati nel 63 % entro un anno dall'attacco reumatico. La frequenza della complicazione cardiaca non è apparsa in rapporto con la gravità della forma reumatica. La mortalità verificatasi tra i fanciulli esaminati fu del 12 %; e nell'88 % dei morti l'esito letale fu dovuto a cardiopatie d'origine reumatica; il maggior numero di morti si ebbe tra 11 e 14 anni.

L'esame del polso nella medicina cinese.

Dall'esame del polso, la medicina cinese trae i pronostici per la morte imminente, facendo dei paragoni con una fantasia imaginosa. Quando il polso rassomiglia al picchiettio di un uccello o allo sgocciolìo da una screpolatura del tetto, indica l'estinzione del polso della milza e la morte entro quattro giorni. Se somiglia ad una penna soffiata dal vento o sfiorata contro la pelle, si tratta di una seria malattia polmonare e la morte sopravverrà entro tre giorni. Il polso che somiglia al tocco di una corda od a quello di un dito contro una pietra (*sic*) è un segno di malattia renale letale, con morte entro i quattro giorni. Quando il fegato cessa di funzionare, il polso è come la corda di un arco nuovo o come l'orlo ottuso di una spada; il paziente morirà entro quattro giorni. La morte interviene entro una giornata se il polso assomiglia al rapido rotolare di piselli. Un polso che si sente come un pesce od un gamberetto guizzante nell'acqua o come dell'acqua che trapela da una sorgente è un sintoma fatale.

Tali sono le indicazioni semeiotiche date da K. C. Wong (*China med. journ.* e *Journ. med. assoc.*, 2 febbr. 1929) che permettono, come si vede delle prognosi precise; il difficile sta nel comprendere tali somiglianze!

fil.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

N. BELLI. *Il trattamento terapeutico delle dismenorree dolorose.* — Off. Grafica Ed. Montuoro, Milano, 1929.

G. PERTILE. *Rendiconto Sanitario clinico e operatorio dell'Ospedale Civile di Marostica.* — Arti Grafiche M. Bonomo, Marostica, 1929.

S. MASSINI. *L'azione della corrente elettrica alternata di alta frequenza sui nodi linfatici tubercolari.* — Tip. Cons. Naz. Emigr. e Lavoro, Roma, 1929.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE

XXV. - Concorsi: distribuzione dei punti.

« N. 7 punti, che in complesso, trattandosi di tre Commissari, fanno 21, per il minimo di ammissione al concorso; dei tre punti residuali, di cui può disporre ogni singolo Commissario, due siano assegnati ai titoli di carriera professionale ed uno ai titoli di studio scientifici conseguiti posteriormente alla data dell'esame di laurea o dell'esame di Stato ».

Così procedette la Commissione costituita per il concorso relativo alla nomina del medico condotto di Atripalda. Uno dei concorrenti dedusse la illegittimità di questo procedimento perchè contrario alla disposizione testuale dell'art. 35 del regolamento 19 luglio 1906 n. 446, il quale dispone che « ogni Commissario dispone di dieci punti » e perchè intrinsecamente è illogico e inadeguato al fine del giudizio. Infatti, 21 punti, assegnati a ciascuno dei concorrenti a dose uguale, senza riferimento alla valutazione di titoli o comunque di elementi di giudizio, erano distribuiti a vuoto. In sostanza, la Commissione riduceva a tre i punti per la valutazione dei titoli: cioè, complessivamente, per i tre Commissari, li riduceva a nove. Questa limitazione assolutamente ingiustificata e contraria alla disposizione formale dell'art. 35, era anche perturbatrice della formazione del giudizio. La Commissione distribuì così i tre punti utili: uno per i titoli scientifici, due per i titoli pratici e di carriera. Ma, disponendo ciascun Commissario di un punto, come poteva esprimere, mediante indici numerici, il giudizio assoluto e comparativo dei vari concorrenti? Esso era necessariamente costretto ad assegnare 0 o 1, con la conseguenza di porre allo stesso grado concorrenti che avevano titoli disuguali per valore o di esprimere un giudizio assolutamente negativo per chi, pur non avendo titoli uguali ad altro concorrente, aveva tuttavia titoli apprezzabili. Ma la V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 3 marzo 1929 n. 252, ha ragionato così: « Il Collegio osserva che, se può riconoscersi che il criterio adottato con tale suddivisione di punti venga a restringere, senza evidenti utilità, l'ampiezza delle facoltà di giudizio dei singoli Commissari rispetto a titoli di carriera e scientifici, tuttavia, a prescindere che tale restrizione fu voluta dagli stessi Commissari, non appare che nel caso speciale abbia dato luogo a quegli inconvenienti e a quelle iniquità di valutazione che la legge volle impedire e conseguentemente la graduatoria non può ritenersi viziata da illegittimità ».

Questa risoluzione è inaccettabile perchè manifestamente errata. Il Consiglio di Stato riconosce che il procedimento fu irregolare. La conseguenza della invalidità del giudizio era, dunque, inevitabile. Se la Commissione non poteva ridurre il numero dei punti, perchè una norma di diritto obbiettivo limitava il suo potere, la volontà di essa era giuridicamente improduttiva di effetti. Che una illegalità sia commessa inavvertitamente o volontariamente, è del tutto irrilevante. Quindi, una delle due osservazioni fatte dal Consiglio di Stato è senza dubbio inconsistente. La Commissione volle procedere così: ma se volle contro legge, il suo atto è invalido.

Soggiunge la decisione che non appare « che nel caso speciale la restrizione abbia dato luogo ad inconvenienti e iniquità ». Anche questa osservazione è errata. Specialmente in sede di legittimità, non si può far dipendere l'annullamento di un atto illegale dall'accertamento delle conseguenze pratiche di esso. Se la norma di diritto obbiettivo non è stata osservata, l'atto è illegittimo. Peraltro, come si può, in via di ipotesi, ammettere o escludere che la illegale riduzione dei punti non abbia determinato iniquità e inconvenienti? Bisognerebbe rifare il giudizio della Commissione e, nel caso che il risultato fosse identico a quello che si sarebbe avuto se si fosse proceduto regolarmente, si potrebbe ammettere che dalla prima illegalità non derivarono conseguenze pratiche. Ma il magistrato di legittimità non può sostituirsi alla Commissione: non ne ha nè i poteri nè gli elementi del giudizio.

Questo precedente resterà probabilmente isolato. In ogni modo, l'esempio non è tale che meriti di essere seguìto da altre Commissioni.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

In sede di bilancio della Pubblica Istruzione.

Il bilancio del Ministero della P. I. venne discusso alla Camera dei Deputati nelle tornate del 27, 28 e 29 maggio. Ci limiteremo a riferire quanto concerne l'insegnamento superiore.

L'ampia relazione dell'on. DE FRANCISCI prevede una spesa complessiva di 1 miliardo 386 milioni, di cui la parte ordinaria ammonta a 1 miliardo 260 milioni. All'istruzione superiore sono destinati 84 milioni. Vengono documentati molti bisogni del bilancio, in tutti i campi.

L'on. LEONARDI rileva che, sotto il regime fascista, il bilancio è aumentato del 61 %, il che prova quali cure siano state dedicate all'istruzione. Tuttavia i bisogni sono immensi, taluni inderogabili; in parte si può sopperire con una più avveduta amministrazione, ma è indispensabile un largo impiego di nuovi e maggiori fondi.

L'on. L. FERRETTI osserva che nelle Università, su 1252 posti per professori stabili, 1075 sono fisicamente occupati, ma in gran parte fascisticamente vacanti. Eppure conviene andare molto cauti nelle sostituzioni, le quali non possono compiersi che a lungo ciclo, perchè i giovani, prima di salire sulle cattedre, devono prepararvisi.

L'on. GIULIANO riconosce molto di vero nelle asserite deficienze della nostra cultura: edifizî scolastici inadatti, biblioteche scarse e povere, gabinetti scientifici sprovvisti e mal dotati, studiosi di alcune discipline diradantisi, al punto che si prevede di non poter più, fra poco, coprire tutte le cattedre universitarie.

Confessiamo questi difetti non come segni di decadenza, ma come compiti da assolvere.

Essi non significano negligenza da parte del fascismo. La cultura non è solo pensiero che riflette, è anche volontà che agisce; non è solo teoria che interpreta, è anche pratica che crea; ora il fascismo, appunto perchè eminentemente è azione, avvierà ad una nuova cultura, più consentanea ai nostri tempi.

L'attuale esodo dagli studî scientifici viene determinato da condizioni economiche, le quali sono inerenti alla svalutazione della cultura teoretica, svalutazione anteriore al fascismo. Lo Stato e il regime devono affrontare in pieno il problema e risollevare il valore della cultura nella coscienza nazionale.

Sul momento lo Stato non può spendere di più; ma dobbiamo porre i problemi da risolvere, tra cui quello dei laboratori scientifici e del personale. Una maggiore coordinazione potrà evitare sciupii e dispersione di energie; ma sarebbe vano aspettarsi la soluzione da economie ottenute con unificazioni e soppressioni.

L'oratore non chiede nulla; fa un'eccezione solo per gli assistenti universitarî, la cui posizione economica è troppo sconfortante.

L'on. BRUNI fa rilevare che il fascismo ha recato un nuovo clima morale nelle Università. Tuttavia permangono molti mali. Ad esempio, l'assenteismo degli studenti è venuto aggravandosi. Esso riconosce molte cause, tra cui quella economica. Un rimedio parziale potrebbe esser dato riducendo la durata degli studî, sull'esempio di altri Paesi, ed utilizzando meglio il tempo. Oggi si perde molto tempo. Ne assorbono molto gli esami: andiamo avvicinandoci all'ideale mandarino, in cui metà degli uomini passano il tempo a far l'esame all'altra metà. Un'altra causa di assenteismo è data dalla natura troppo cattedratica del nostro insegnamento, a differenza di quanto si pratica altrove, specialmente in America, che ora si è messa all'avanguardia. Pur troppo, l'insegnamento sperimentale e dimostrativo, in tutti gli ordini di scienze esatte e tecniche, richiede larghezza di mezzi.

È difficile chiedere nuovi stanziamenti quando le necessità del bilancio impongono la massima economia; ma è indispensabile provvedere meglio ai laboratori ed anche alle biblioteche, le quali oggi sono trattate ancora peggio dei laboratorî.

Un vantaggio notevole verrebbe dalla coordinazione dei mezzi; ad esempio, a Milano vi sono otto laboratorî universitarî di chimica, ciascuno con la sua biblioteca, mentre paesi molto più ricchi hanno provveduto all'unificazione.

Una causa di disagio deriva da un'organizzazione antiquata, per modo che le cattedre risultano male distribuite. Crede che le Università debbano mantenere le tradizioni della ricerca originale accanto all'attività didattica; ma occorre almeno quintuplicare gli stanziamenti e poi pretendere che gli istituti rendano, se vogliamo marciare con i tempi.

L'on. S. DI MARZO si ferma sulla difficoltà di reclutare buoni insegnanti. Rileva che il grande conflitto europeo arrestò dovunque il ritmo degli studî; in Italia il disagio si acuì e divenne gravissimo perchè le università aumentarono di numero e le cattedre si moltiplicarono proprio nel periodo più difficile.

L'on. BURONZO vorrebbe dei rilievi statistici, i quali permettessero di segnalare in anticipo le necessità delle singole professioni ed evitassero le pletore professionali. Inoltre vorrebbe che, sull'esempio di altre Nazioni, venisse organizzato l'orientamento professionale.

L'on. CHIURCO crede che si debba, con coraggio fascista, riconoscere il decadimento generale della nostra cultura, in ogni ramo della scienza. Il professore d'Università non s'improvvisa: non basta la tessera fascista per meritare il posto. È stato gettato troppo discredito sulle Università, da parte di incompetenti. Moltissimi studiosi di valore, che hanno conquistato posti direttivi nella scienza, sono rimasti chiusi nei laboratorî e nelle biblioteche, lontani dalla vita politica; e dopo l'avvento del fascismo hanno continuato la loro strada. Molti sono, così, rimasti fuori del partito, mentre v'era chi, visto il momento buono, si scagliava ad agguantare il distintivo e la tessera. Ma la scienza non ha partito; si può fare un'eccezione solo per le discipline politiche e sociali. Lo scienziato che resta silenzioso al lavoro va rispettato: il partito finirà allora per attrarre gli elementi migliori. Il fascismo deve potenziare le Università, centri massimi della cultura; perciò non si deve ridurne il numero. Raccomanda di esaminare la posizione giuridica e lo stato economico degli assistenti e degli aiuti universitarî,

per porre riparo all'attuale difficoltà di reclutamento, almeno nelle materie sperimentali. Chiede che si elevi anche la dignità della libera docenza: oggi i liberi docenti sono troppi: su 35.000 studenti si hanno 4000 docenti, mentre in Germania su 60.000 studenti essi sono solo 1000.

Rileva infine che la dotazione per l'istruzione superiore è decisamente troppo scarsa.

Il ministro, on. BELLUZZO, afferma che il fascismo intende di accentuare sempre più il carattere scientifico delle Università italiane e renderne l'accesso difficile ai mediocri, impossibile agli inetti.

L'Italia fascista ha il dovere di preparare gli uomini di scienza che sappiano strappare nuove verità all'ignoto e di laureati che sappiano e vogliano applicare le verità scientifiche ai problemi del miglioramento fisico, economico, morale ed intellettuale della nostra Nazione.

Per questo l'Università deve diventare, in regime fascista, il tempio riservato solo a chi ha speciali attitudini e salda volontà allo studio.

Si è molto discusso sul numero delle nostre Università con manifesta tendenza ad affermare che sono troppe: 21 Università per circa 40.000 studenti non sono certamente troppe nè in senso assoluto, nè nei confronti che si possono fare con il numero delle Università delle altre Nazioni.

La questione va esaminata diversamente e in base ai dati statistici; ed allora ci si accorge che bisogna dividere le Università in due gruppi, quello delle Università dei centri maggiori con un numero pletorico di inscritti, che non possono frequentare tutti nè le lezioni nè le esercitazioni perchè le aule ed i laboratori sono insufficienti; ed il gruppo delle Università dei centri minori che vivono perchè hanno profonde radici nella tradizione ma pochi studenti rispetto ai mezzi di cui possono disporre.

E così abbiamo, ad esempio, le Università di Milano, Torino, Bologna, Roma, Napoli rispettivamente con 1538, 1798, 2066, 4204, 4318 allievi inscritti nel corrente anno accademico, mentre Sassari, Perugia, Cagliari, Macerata ne contano rispettivamente 260, 390, 365, 89.

Tenuti presenti questi dati, è necessario trovare una soluzione intermedia che adegui dove è possibile, il numero degli studenti ai mezzi disponibili per le loro esercitazioni; occorre, quindi, far sì che possa accrescersi il numero degli studenti nelle Università delle città minori, dove la vita è meno cara e le distrazioni sono più scarse, onde più seria e meditata, anche perchè non vi mancano i mezzi di studio, può riuscire la preparazione dei giovani e specialmente di quelli che vogliono dedicarsi all'insegnamento. Le Università dei centri minori sono le più indicate per creare gli assistenti universitari, dei quali annualmente diminuisce il numero e mancano le riserve.

La riduzione del numero degli studenti universitari dei grandi centri contribuirà a frenare il pericoloso urbanesimo. Infatti lo studente universitario una volta laureato si ferma volentieri nella sede stessa dei suoi studi.

Del resto il numero degli studenti universitari, specialmente di alcune facoltà, dovrà necessariamente diminuire, sia perchè la pletora di alcune categorie di professionisti richiama l'attenzione sul fenomeno della soverchia affluenza degli alunni alle facoltà stesse, sia perchè la riforma fascista ha impresso una maggiore serietà agli studi classici e scientifici ed ha reso più rigorosi gli esami di Stato.

Solo così, con lo studio e la disciplina si formeranno nelle Università i gerarchi di domani in tutt'i campi dell'attività italiana, gerarchi capaci e colti che abbiano la coscienza di ciò che è lo Stato e che lo Stato intendano servire con azioni nobili e con opere audaci e durature.

Nel tempo stesso si vuole facilitare l'accesso alle facoltà universitarie agli stranieri. Le forme ed i mezzi per queste facilitazioni sono allo studio.

* * *

Al Senato del Regno il bilancio venne in discussione nelle tornate del 7 e dell'8 giugno.

Il sen. TAMASSIA raccomanda di non esagerare nelle costruzioni edilizie, che corrono il rischio di rimanere vuote. Rileva che le Università sono state sempre focolai d'idee e di rinnovamento: nelle Scuole si rifugiò, come in un sacro asilo, il nome d'Italia e una voce sola rimase a predire la gloria di un popolo. Nessun interesse nazionale giustifica gli attacchi alla mentalità vecchia, ma sempre verde, delle Università, da parte di chi non ha dimestichezza con esse. Se i vecchi danno noia, abbiano il loro congedo; ma sia loro concessa la « honesta missio » del veterano: « pie et fideliter militavit ». Propone, incidentalmente, che si ripristini la qualifica di « ordinario », in sostituzione del titolo troppo banale di « stabile ».

Il sen. QUEIROLO condivide l'avviso già espresso alla Camera dei Deputati dal ministro, secondo cui le Università non sono troppe; anzi devono giudicarsi necessarie per la cultura del Paese.

L'Università italiana attraversa una crisi non spirituale, ma di mezzi e di uomini. Oggi difettano in Italia i mezzi necessarî per le grandi ricerche scientifiche. I mezzi disponibili bastano però per l'insegnamento.

La crisi di uomini è molto più grave che quella di mezzi. Essa è stata coraggiosamente denunciata nell'altro ramo del Parlamento dal relatore del bilancio. L'O. vorrebbe che le sue parole suonassero ammonimento ai giovani, che aspirano a salire affrettatamente alle cattedre universitarie senza avere acquistata maturità di studi e di esperienza scientifica, affinchè cessino una buona volta di chiedere, per avere un maggior numero di posti a loro disposizione. Sarebbe, invece, un provvedimento molto opportuno permettere di conservare la cattedra, fino a che non si siano trovati degni successori, a tutti coloro che per vigore di corpo e di mente si dimostrino capaci di conservare il proprio posto.

Il personale assistente, che nel suo complesso deve considerarsi come il vivaio dei professori universitari, ha veduto recentemente peggiorate le proprie condizioni. Così accade che i professori universitari debbono oggi andare penosamente in cerca di assistenti, mentre in tempi non molto lontani una folla di giovani faceva ressa per ottenere quelle cariche.

Un utile provvedimento sarebbe quello di includerli nella categoria del personale di Stato e di concedere a vantaggio di quelli che non potessero divenire professori universitari la qualifica di specialisti della materia di cui sono stati assistenti.

Con grande copia di argomenti e di testimonianze combatte la proposta recentemente avanzata di distinguere il corso di medicina e chirurgia in due rami nettamente separati: lo scientifico e il professorale.

È bene ricordare ai giovani che hanno saputo dedicare al Fascismo il loro entusiasmo giovanile, come sia dover loro, oggi più che mai, di contribuire al progresso scientifico e morale d'Italia.

Si compiace dei provvedimenti che tengono a richiamare stranieri ai nostri gloriosi Atenei. Ricorda i tempi in cui essi accorrevano in folla alle nostre antiche Università. Siano agli studenti stranieri facilitate in ogni modo le iscrizioni nelle nostre scuole, che diverranno per essi dispensatrici di dottrina scientifica e li renderanno fervidi propagandisti del grande movimento di pensiero e di civiltà che il Fascismo ha prodotto.

Esprime il voto che sia ripristinato nelle Università il titolo di « professore emerito », per i maestri eminenti, affinchè ne abbiano conforto nella loro tarda età.

Il relatore sen. TORRACA rileva che nelle Università vi sono circa 180 cattedre vacanti e non è sempre possibile trovare degli incaricati, i quali finiscono col prendere il diritto dei primi occupanti, influendo così sui concorsi.

Per le cattedre universitarie la gioventù non costituisce un titolo. Occorrono, per guadagnarle, i valori scientifici. Consente in quanto è stato detto circa gli assistenti.

La Commissione di Finanza ha riconosciuto meritevole di essere sostenuto l'ordine del giorno presentato dal senatore Queirolo che chiede il ripristinamento del titolo di professore emerito e vi propone una aggiunta, e cioè che sia restituito il titolo a coloro che lo possedevano prima della legge del 1927.

Il Ministro, on. BELLUZZO ricorda che, già nell'altro ramo del Parlamento, affermò la necessità di mantenere in vita tutte le Università che oggi esistono in Italia e di trasformare in Facoltà universitarie rese autonome con le opportune garanzie, le scuole e gli istituti superiori.

Ripete che l'Italia Fascista deve preparare uomini di scienza che strappino nuove verità all'ignoto e professionisti che sappiano applicare le verità scientifiche. Occorrono, perciò, uomini con la mente nutrita di forti studi, scienziati, professionisti, industriali, professori che sentano la importanza e la grandezza del compito di educare, che è qualche cosa di più di insegnare.

Il Ministro pronunzia parole di lode per i professori che, anche se non hanno il crisma della tessera, compiono il proprio dovere di educatori e di insegnanti con diligenza, con passione, con abnegazione. Bisogna compatire i giovani i quali credono di aver l'esperienza che solo l'età può dare, anche nell'insegnamento, e si sentono in grado di sostituire uomini che con lo studio tenace e le pazienti ricerche si sono acquistato un nome in Italia e nel mondo.

L'oratore si domanda che cosa avrebbero fatto i nostri scienziati che, con pochezza di mezzi e con laboratori modesti hanno saputo ottenere risultati così cospicui, se avessero avuto a loro disposizione i grandi laboratori scientifici che sono oggi l'orgoglio della Germania e degli Stati Uniti d'America. Non è più il tempo in cui il genio di Galileo Ferraris scopriva e regalava al mondo il principio del campo magnetico rotante, lasciando agli americani di utilizzare la grande scoperta. Oggi di fianco all'uomo di genio deve esservi il grande laboratorio scientifico che renda la scoperta utile agli uomini di una Nazione e all'economia della Nazione stessa.

Errano coloro i quali credono che i laboratori scientifici siano inutili e che bastino i laboratori delle Nazioni ricche. La Scienza è rivoluzionaria specialmente nel campo economico, sicchè è necessario per le Nazioni trovarsi sempre alla testa delle rivoluzioni scientifiche per goderne i frutti immediati.

Le ragioni dell'ignoto scientifico si devono prendere d'assalto con i mezzi necessari. Quando la posizione è conquistata dalla Scienza, i tecnici debbono occuparla e utilizzarla, mentre gli scienziati si preparano a nuovi assalti. Si può ritenere che anche nelle guerre future avranno il primato le Nazioni più progredite nel campo scientifico e che dalla scienza avranno saputo trarre un maggiore profitto per la difesa e per l'offesa.

Per queste ragioni è evidente la necessità di dare sviluppo, sia per la economia di pace sia per i bisogni della guerra, ai laboratori scientifici e di preparare gli uomini per la loro attività.

Cronaca del movimento professionale.

Associazione Professionale dei Dermosifilografi Italiani.

Sotto la presidenza del prof. Piccardi, nell'aula della Clinica Dermosifilopatica dell'Università di Milano, gentilmente concessa dal direttore prof. Pasini, si è tenuta, l'11 maggio, la XV Riunione ordinaria dell'Associazione Professionale dei Dermosifilografi Italiani.

È stato trattato il tema ufficiale: « Il Dispensario Celtico secondo le esigenze della moderna profilassi » di cui era relatore il prof. Segrè di Milano.

Il quale mette in rilievo che quest'istituzione iniziata per la prima volta a Milano dal compianto dott. Soresina, fondatore del *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilografia*, trovò l'applicazione in tutta Italia (nelle città con almeno 40.000 abitanti) con la legislazione del grande ministro F. Crispi, sotto la diretta gestione dello Stato.

La legge Fortis, considerando giustamente le malattie veneree alla stessa stregua delle altre infezioni, ne attribuì la profilassi ai Comuni, con un congruo sussidio governativo, per la nuova spesa che essi avrebbero dovuto incontrare.

Se non che questi, allora più o meno indipendenti dalle direttive centrali, spesso ostili e ribelli alle autorità governative, accolsero con riluttanza la provvida istituzione, e salvo rare eccezioni, l'applicarono tardivamente ed incompletamente, lesinando sulle spese inerenti all'impianto ed al funzionamento e sopratutto sul compenso dovuto ai sanitari per un'opera di così alta responsabilità e di utilità per l'individuo e per la razza.

Il Regolamento Mussolini, una delle primissime leggi emanate dal Governo Fascista, ove si vede su tutti i punti della profilassi sessuale, l'impronta del grande legislatore, ribadisce i fini del Dispensario, ne esalta l'importanza, ne allarga i confini, stabilendo che debba averne uno ogni città di almeno 30.000 abitanti, e ne siano istituiti degli speciali nelle città portuarie per la cura della gente di mare nazionale ed estera, ed occorrendo ne vengano aperti nei centri industriali, ove vi sia un numero considerevole di operai.

Le statistiche delle città ove questi dispensari funzionano regolarmente (Milano, Torino, Trieste) hanno dimostrato una notevole diminuzione di tutte le malattie veneree e specialmente della sifilide.

Ad onta di ciò, se vogliamo che questa istituzione risponda completamente al suo scopo è necessario che per l'arredamento, per i mezzi di cura, per la competenza del personale sanitario, essa funzioni secondo le esigenze delle moderne cognizioni di sifilografia, che hanno portato nuovi metodi d'indagine per scoprire rapidamente le infezioni ed una vera rivoluzione nel campo della terapia, la quale curando il malato, costituisce allo stesso tempo il miglior mezzo di profilassi.

I requisiti di ciò che dovrebbero essere i dispensari celtici nei grandi e nei piccoli centri vengono riassunti dal relatore nelle conclusioni:

1) Allo stato delle nostre conoscenze il Dispensario celtico ha trovato in Italia disposizioni legislative che iniziate da Crispi, trovarono degno e per ora definitivo completamento nel decreto Mussolini 123. Le deficenze che ancora si riscontrano legate per la maggior parte ad un'ancora incompleta interpretazione ed attuazione delle disposizioni legislative da parte dei Comuni, riguardano sopratutto deficenze nell'organizzazione e sviluppo dei servizi sanitari occorrenti al buon funzionamento del Dispensario.

2) Manca ancora in Italia uno studio statistico sulla sifilide e sulle malattie veneree che permetta di giudicare con possibile approssimazione del decorso di tali forme morbose e della tanto auspicata diminuzione. Sarebbe desiderabile che tale compito fosse indicato come premio di una delle fondazioni della Associazione Professionale dei Dermosifilografi Italiani.

3) La cura della sifilide praticata con intendimenti curativi dell'individuo e profilattici ai fini superiori dell'interesse della collettività si deve iniziare quando sia possibile con *cure arsenobenzoliche endovenose*, come quelle che permettono la possibilità di una riuscita cura abortiva e la rapida scomparsa delle manifestazioni contagiose.

4) Sarebbe desiderabile che nei centri maggiori, oltre allo sviluppo consentito dalle necessità del numero dei Dispensari alla periferia, venisse istituito un *Dispensario centrale* dotato di tutti i servizi per esami di laboratorio serologici (esame del liquor, casellario statistico, piccoli interventi chirurgici, strumentario medico, ecc.) che servisse di collegamento dei vari Dispensari, che potesse sopperire alle necessità degli esami di laboratorio ormai indispensabili e sempre più complessi ed allo studio particolare ed all'elencazione statistica dei casi più interessanti. Tale istituzione ridurrebbe o quasi alle sole necessità dell'insegnamento universitario il gravissimo ricovero ospedaliero a carico dello Stato.

5) Le maggiori necessità legate alla migliore organizzazione per il dispensario riguardano anche il personale per cui si domanda almeno un medico dirigente ed un assistente in pianta oltre ad un capace personale infermiere. Si chiede che il personale sanitario costituito da specialisti abbia l'identico trattamento del personale sanitario degli altri Istituti polispecialisti a carico comunale e che risponda alla necessità della vita moderna, ma un congruo emolumento, adeguato all'importanza dell'opera prestata.

6) Sia coltivata con un'appropriata propaganda l'affluenza dei pazienti e sia posto il Dispensario nelle condizioni più opportune perchè sia meno notato dal pubblico non frequentatore.

7) La disposizione dei locali renda possibile la separazione degli individui durante le cure per evitare la cura in collettività, tanto sgradita e ripugnante.

8) Per la difesa dell'infanzia occorrono oltrechè provvidenze sanitarie un complesso di assistenze morali e materiali che richiedono l'opera illuminata di enti e di privati e potranno essere esplicate specialmente dall'Opera Nazionale di Assistenza della Maternità e dell'Infanzia.

La chiara e completa relazione ha dato luogo ad ampia discussione alla quale presero parte: Pasini, Cattaneo, Levi, Cavalleri, Gallia, Baslini, Piccardi, i quali tutti consentirono quasi completamente sulle idee esposte dall'O., d'accordo col quale il presidente propone l'O. d. g. seguente che riassume e concilia tutte le opinioni e viene approvato ad unanimità.

Ordine del giorno:

L'Associazione Professionale dei Dermosifilografi Italiani, riunita a Congresso l'11 maggio 1929, udita la relazione del socio prof. Segrè: « Il Dispensario Celtico secondo le esigenze della moderna profilassi » e l'ampia discussione seguitane;

riaffermando ancora una volta l'importanza profilattica contro le malattie veneree di questa istituzione prettamente italiana, che è vanto della nostra legislazione sanitaria;

plaudendo all'opera onniveggente del Duce, specialmente nei riguardi della salute pubblica e della protezione della nostra razza, il quale fra le primissime leggi promulgò il Regolamento della profilassi delle malattie veneree, in cui i fini del Dispensario sono ufficialmente riconosciuti e la sua importanza esaltata, facendone centro di propaganda igienica, di terapia individuale e di profilassi sociale;

fa voti presso le superiori Gerarchie perchè l'indiscutibile utilità profilattica dei Dispensari, confermata dalle statistiche dei centri ove funzionano regolarmente, sia in effetto riconosciuta, anche dai Comuni, che, disciplinati dal Regime Fascista, devono in questo senso seguire le direttive centrali, con la rigida applicazione della legge e con tutti quei miglioramenti e progressi imposti dalle moderne cognizioni di sifilografia, le quali impongono che:

1) tutti i Dispensari, oltre le necessarie sale d'aspetto separate per uomini e donne, e di visita e medicazione, siano forniti dei mezzi necessari per una rapida diagnosi delle malattie veneree (almeno un microscopio, con accessori e reagenti necessàri), e dei mezzi più attivi di terapia (arsenobenzoli per iniezioni endovenose ed intramuscolari, bismuto per la sifilide, sali organici d'argento per la blenorragia) i quali ultimi devono essere largamente e gratuitamente somministrati, o direttamente dallo Stato o dai Comuni;

2) nei centri più importanti, ove funzionano diversi Dispensari, uno di questi sia incaricato di raccogliere i dati statistici, sia munito di personale adatto e mezzi necessari per eseguire le ricerche sierologiche inerenti alle malattie veneree (reazione di Wassermann, esame del liquido cefalo-rachideo). Questo sia annesso possibilmente ad una poliambulanza di riconosciuta serietà o, in mancanza di questa, alla Clinica Dermosifilopatica o ad un reparto ospitaliero della specialità. Esso dovrebbe funzionare in relazione con gli altri Dispensari della città e con quelli della provincia;

3) il personale sanitario scelto esclusivamente fra gli specialisti dermosifilografi, dietro regolare concorso secondo prescrive la legge, sia composto almeno di un direttore e di un assistente, come era stabilito nell'antico regolamento;

4) l'opera svolta da questi sanitari a vantaggio della salute pubblica e dell'incremento e miglioramento della razza italiana sia adeguatamente compensata con una maggiore stabilità di carriera e mediante un miglioramento delle condizioni morali ed economiche, assicurando ad essi le stesse condizioni fatte ai medici preposti agli altri servizi della pubblica igiene dipendenti dai Comuni.

P.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Cairo Montenotte (*Savona*). — Scad. 31 lug.; L. 9600 e 10 bienni ventes.; per bicicletta L. 300; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

Carrù (*Cuneo*). — Medico chirurgo dell'Ospedale; per informaz. rivolgersi al Presidente; scad. 10 lug.

Castelbelforte (*Mantova*). — Scad. 10 lug.; L. 9500 oltre L. 279 se celibe, L. 1595 se coniugato.

Catania. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Giarre; ab. 25.765; L. 8000 e 4 quinquenni dec.; tassa L. 50,05; doc. a 3 mesi dal 10 giu.; titoli ed es.; serv. entro 15 gg.; età lim. 45 a.; scad. 31 lug.

Cervo (*Imperia*). — Scad. 15 lug.; per Villa Faraidi; L. 7500 e 10 bienni ventes.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

Codogno. *Ospedale Civile.* — Primario medico, primario chirurgo, assistente medico, assistente chirurgo; età lim. 35 a.; scad. 31 lug.

Cremona. — Ufficiale sanit. e medico capo dell'Ufficio d'Igiene. Stipendio iniziale L. 16.000 con 4 aumenti quinquenn. di cui il 1° del 20 %; il 2° del 15 %; il 3° del 10 %; il 4° del 5 %, oltre un assegno di grado di L. 2000, un assegno speciale di trasferta di L. 1000, altro assegno provvisorio di L. 2.890 e una indennità temporanea di L. 780 per caro-viveri. Età massima 45 a., salvo disposto art. 42 R. D. 30 sett. 1922, n. 1290, e dell'art. 8 R. D. 29 nov. 1925, n. 2226. Vaglia di L. 50,10 intestato alla R. Tesoreria Comun. di Cremona, certificati di rito, ecc., entro le ore 18 del 31 luglio p. v. Per ulteriori chiarimenti rivolgersi alla locale Segreteria Generale del Comune.

Firenze. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabil. Riuniti.* — Aiuto specialista per il gabinetto di Radiologia ed Elettrodiagnostica ed Elettroterapia; titoli ed esami; età lim. 35 a.; L. 7050, c.-v. partecipaz. introiti; a ore 17 dal 20 lug.; tassa L. 50; doc. poster. al 15 giugno; serv. entro 15 gg.

Foglizzo (*Torino*). — Scad. 30 lug.; tassa L. 50.

Gualdo Tadino (*Perugia*). — Scad. 10 lug.; med. primario condotta urbana; L. 9500 oltre L. 2000 reparto med. Osped. Civ., L. 500 serv. att., quinquenni; tassa L. 50; età maggiore (*sic*).

Monte Romano (*Roma*). — Scad. 15 lug.; lire 10.500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 400 uff. san., c.-v.; tassa L. 50,10.

Palermo. *R. Prefettura.* — Ufficiali sanitari dei consorzi Ciminna-Ventimiglia Sicula-Baucina e Bagheria-S. Flavia-Casteldaccia-Ficarazzi; ab. rispett. 12.237 e 33.479; L. 8000 e L. 12.000 e 5 quinquenni dec.; indennità di missione; tit. ed es.; divieto libero eserc. profess. (*sic*); scad. 31 lug.; doc. a 3 mesi dal 10 giu.

Perugia. *Amministrazione Provinciale.* — Tre posti per titoli ed esami: coadiutore Sez. Medico-Micrografica; coadiutore Sez. Chimica; assistente Sez. Chimica, del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Documenti di rito, bollati e legalizzati. Domanda carta bollo L. 2 accompagnata titoli scientifici e carriera. Coadiutori: Stip. iniz.

annuo lorde L. 14.000 con 5 aumen. quadr. di L. 1400 ciascuno. Inden. annua serv. attivo lire 3500 lorde, più caro viveri. Assistente: Stip. iniz. annuo lorde L. 10.000 con 5 aumen. quadr. di L. 1000 ognuno. Inden. annua serv. attivo lire 2800 lorde più caro viveri. Scadenza ore 18 del 14 agosto. Per altri chiarimenti rivolgersi Segreteria Generale della Provincia.

PESCINA (*Aquila*). *Ospedale Civile Serafino Rinaldi.* — Aiuto chirurgo; proroga 15 lug.

PETTINEO (*Messina*). — Scad. 15 lug.; L. 9000 e 4 quadrienni oltre L. 500 uff. san.

POZZAGLIA SABINA (*Rieti*). — L. 10.500 per i primi 1000 poveri; addizionale L. 4; quattro quadrienni; L. 400 uff. san. Vaglia L. 50,15. Scadenza 4 agosto.

SEDEGLIANO (*Udine*). — Scad. 10 lug.; L. 9000 e 6 quadrienni dec., oltre L. 500 serv. att., L. 1000-1500-3000 trasp., L. 800 uff. san., c.-v.

TARANTO. *Amministraz. Provinc.* — Direttore della Sez. Med.-Micrograf. del Labor. Prov. d'Igiene e Profilassi; scad. 31 lug., ore 12; L. 16.000 oltre L. 6200 serv. att., L. 4000 direz. amministrativa, aumenti; prova biennale.

Direttore sanitario del Consorzio Provinc. Antitubercolare Jonio; proroga al 10 sett., ore 12.

TERMENO (*Trento*). — Scad. 9 lug.; L. 7500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 750 se uff. san., c.-v., L. 600 indenn. vis.

URBANIA (*Pesaro*). — Chirurgo Primario Direttore dell'Ospedale. Stipen. L. 12.000 con 10 aumenti biennali, indennità servizio attivo e caro viveri, percentuale operazioni chirurgiche agli abbienti. Documenti di rito. Tassa concorso lire 50,10. Per altri chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

VARESE. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Varese; proroga 15 lug.

CONCORSI A PREMI.

Accademia Romena delle Scienze.

Ha bandito i seguenti concorsi per gli autori delle migliori opere negli argomenti indicati:

1) Studi sulla sierovaccinazione preventiva della difterite; premio di 50.000 lei sul fondo Lázár;

2) Recenti ricerche sulle colture dei tessuti *in vitro*; premio di 50.000 lei, sul fondo Adamichi;

3) Investigazioni istopatologiche sulla costituzione cellulare; premio di 20.000 lei sul fondo Lázár;

4) Ricerche comparative sulla difterite e la paradifterite quali si presentano in Romania; premio di 20.000 lei sul fondo Victor Babes;

5) Rapporti della difterite e della paradifterite con le paralisi difteriche; premio di 25.000 lei offerto dallo Stato.

Le aggiudicazioni verranno fatte in febbraio 1930 da una Commissione speciale composta di professori delle Università romene.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il premio per medici della marina da guerra in Francia è stato conferito pel 1929 al dott. Bellot, quale autore del lavoro: « Trattamento sclerosante delle emorroidi in unica seduta. Risultati d'una esperienza di cinque anni ».

NOTIZIE DIVERSE.

Il Congresso di medicina sociale.

Venne inaugurato a Milano il 17 corr. dall'on. Bottai, con l'intervento di molte personalità. Parlarono prima il Podestà sen. De Capitani e il prof. Carlo Foà, presidente della Società di medicina sociale.

L'on. Bottai rileva che sebbene non pochi problemi di medicina sociale siano già stati trattati in congressi medici, del lavoro, di medicina legale, di infortunistica, è la prima volta che si convoca in Italia un congresso di medicina sociale ed è senza dubbio la prima volta che ciò avviene nella nuova sistemazione data ai rapporti tra lo Stato e i gruppi professionali nell'ordinamento corporativo.

In questa coincidenza si ha da scorgere secondo l'oratore un'indicazione dell'orientamento che i lavori del congresso debbono prendere. Non vi è oramai nessun aspetto dell'attività del pensiero che si sottragga ai profondi moti di rinnovamento che dai nuovi istituti si sviluppano. Ma questa della medicina sociale, la stessa espressione lo dice, non può prescindere dal considerare il nuovo aspetto della nostra società nazionale, non più aggregazione di individui, ma formazione organica di società particolari, rappresentative di interessi fondamentali. Non si deve confondere nè limitare la medicina sociale alla medicina delle assicurazioni, in specie in un Paese come il nostro che ha superato la concezione meramente paternalistica della politica sociale.

L'oratore si è intrattenuto a parlare della nostra legislazione sanitaria, rilevando altresì che le assenze dal lavoro per malattia rappresentano il 92 per cento di tutte le assenze per qualsiasi motivo. Si tratta in genere di malattie lievi, di reumatismi, di disturbi funzionali; sono i giovani al di sotto di venti anni che danno la più alta percentuale delle assenze e la gravità dei singoli casi aumenta cogli anni.

Concludendo, l'oratore afferma che niente è impossibile quando si tratta di conservare la vita umana alla più ampia vita della nazione.

Già il fascismo molto ha operato in favore dell'infanzia, in favore della gioventù, della maternità, dell'assistenza pubblica, del benessere sociale, nell'industria, nei campi, in ogni settore del lavoro umano. Ma molto resta ancora da fare o da perfezionare. Agli incitamenti del Duce che proclama la necessità imperiosa di una potenza demografica della nazione italiana, la scienza medica italiana deve corrispondere dimostrando di saper mettere in opera i mezzi per conservare e rafforzare le generazioni che via via ascendono ai cimenti della storia.

Il prof. on. Arnaldo Fioretti, presidente della Confederazione Nazionale Sindacati Fascisti dell'Industria, lesse quindi una sua relazione inaugurale dei lavori.

Di questi ci occuperemo prossimamente.

Accademia Lancisiana di Roma.

Presso l'ospedale della Consolazione ha avuto luogo la seduta ordinaria dell'Accademia Lancisiana, a cui parteciparono numerosissimi soci e personalità della Capitale.

Il prof. Uberto Arcangeli presentò un vizio con-

genito di cuore con cianosi; il dott. M. Santoro un bambino affetto da disostosi lacunare ipofisaria; il prof. Margarucci illustrò un caso di appendice duplice.

L'interesse di questa comunicazione è tanto più grande in quanto tali casi sono rarissimi, ed in quanto il paziente operato di appendicite presentava una sola appendice affetta da processo cancrenoso, mentre l'altra era perfettamente indenne.

In fine, presentato dal presidente on. prof. Fioretti, lo studente in medicina Mosè di Segni rivendicò all'Italia il primato della trasfusione del sangue e della iniezione dei medicamenti nelle vene, dimostrando come la prima si debba attribuire al dott. Francesco Folli da Poppi, agosto 1654, e la seconda al padovano Alessandro Massaria, 1588.

Tra le vive approvazioni dei presenti concluse questa sua comunicazione (comprovata da numerosi documenti originali che furono opportunamente proiettati) con le parole del Duce: « Che in ogni tempo ed in ogni campo il genio della stirpe dura e cammina ».

La Giornata della Croce Rossa.

La presidenza centrale della C. R. I. ha diramato un comunicato in cui è detto:

« Da ogni parte d'Italia giungono alla sede centrale della C. R. I. i telegrammi circa il successo della Giornata della Croce Rossa.

« Comitati locali e privati cittadini han voluto trasmettere l'espressione del loro compiacimento e le prime sommarie notizie, che già assicurano la buona riuscita della manifestazione voluta dal Capo del Governo.

« Lo slancio di questa giornata deve continuare attraverso l'opera dei comitati, attraverso la volonterosa prestazione dei cittadini, che dovrebbero tutti essere soci di questa nostra massima Associazione di assistenza, che in pace ed in guerra diuturnamente opera per la difesa e per il miglioramento della razza ».

Il presidente generale della C. R. I., sen. Cremonesi, ha rivolto speciali ringraziamenti alla stampa, per l'opera di propaganda e persuasione compiuta pro « Giornata della Croce Rossa ».

Assistenza ai tubercolotici di guerra.

Il presidente dell'Opera Nazionale per la protezione ed assistenza agli invalidi della guerra ha diramato una circolare in data 5 aprile alle direzioni dei centri di accertamento diagnostico antitubercolari e alle rappresentanze provinciali in cui rileva la necessità di evitare che vengano proposti, pel ricovero sanatoriale, invalidi di guerra che non si trovano più in condizioni di sanatoriabilità; inoltre informa che per le forme lievi di tubercolosi (chiusa, abacillare) gli invalidi possono essere proposti per l'imminente stagione estiva, per un soggiorno in colonie climatiche montane o marine.

Sanatorio Vittorio Emanuele III sull'Aspromonte.

Il Sanatorio Vittorio Emanuele III (Reggio Calabria) incomincerà a ricevere malati nel prossimo venturo settembre.

Sarà fra i migliori d'Italia: l'unico, per il momento, dell'Italia meridionale continentale, che sia degno di tale nome, e non solo sarà destinato a quelli fra i minorati del polmone, invalidi di guerra, che, a parere dei medici, sieno ancora suscettibili di trar profitto da un soggiorno in montagna, ma offrirà anche ricovero a tutti quegli altri malati, sempre di tubercolosi polmonare, cui i medici curanti, a ragion veduta, suggeriscano lunghe permanenze nei sanatori montani.

Il sanatorio sorge a 1150 m. s. m., è costruito con criteri di moderna tecnica, difeso dai venti di tramontana, fra boschi secolari, è dotato di acqua pura, fresca ed abbondante; è lontano da centri abitati, posti fra due mari; gode di aria di montagna e marina.

Per il Sanatorio di Cannobio.

Si è riunita sotto la presidenza del gr. uff. avv. Sileno Fabbri, la rappresentanza del Consorzio antitubercolare provinciale di Milano.

Il presidente, dopo aver commemorato il compianto prof. Scarpellini, espose una chiara relazione sul conto consuntivo 1928, che si chiude con un avanzo di amministrazione di L. 95.777,74 e con un'esistenza in cassa di L. 255.895,20 mentre il patrimonio netto del Consorzio figura di L. 4.764.438,10. Approvato il consuntivo 1928 si procedette alla nomina dei revisori dei conti per l'esercizio 1929.

Il presidente espose che, per completare i fabbisogni finanziari del già costruito Sanatorio di Cannobio, verrà contratto un mutuo di tre milioni colla Cassa di Risparmio delle provincie lombarde, colla garanzia della provincia. Inoltre sono già in corso pratiche per la sistemazione e gestione del Sanatorio stesso e si spera che quanto prima esso potrà entrare in attività. La rappresentanza approvò l'ammissione nel Consorzio dell'Unione industriale fascista di Milano che sarà rappresentata dal gr. uff. ing. Tarlarini.

Alla discussione generale parteciparono il prof. Ronzani, il gr. uff. Donzelli, il prof. Pampana ed altri ai quali rispose il presidente dando ampi schiarimenti e formulando il voto che, mercè la cordiale collaborazione di tutti gli Enti interessati nella lotta contro la tubercolosi e consorziati per legge, si possano presto raggiungere, anche con l'aiuto della Cassa nazionale assicurazioni sociali, i più soddisfacenti risultati.

Tubercolosario per ex-combattenti.

Si è inaugurato il 4 giugno in « Borno », nella val Camonica, un « Sanatorio per tubercolotici di guerra » dove saranno accolti nei mesi estivi gli infermi della provincia di Cremona.

Alla inaugurazione erano presenti il prefetto, il vescovo di Cremona e numerosi intervenuti.

Due istituti per l'infanzia ad Asti.

Il 16 corr. l'on. Buronzo, Podestà di Asti, ha proceduto all'inaugurazione dell'Istituto per l'Infanzia abbandonata e dell'Asilo-Nido, opere assistenziali sorte per volontà e munificenza del Comune, della Cassa di Risparmio e del comm. Giovanni Penna, filantropo astigiano e generoso sostenitore dei bisogni del popolo.

Per gli istituti universitari di Palermo.

È stato disposto un sussidio straordinario di L. 60.000 agli Istituti scientifici della Facoltà medica di Palermo per acquisto di libri e di materiale.

Al Congresso mondiale delle biblioteche.

Tra i temi trattati, segnaliamo quello relativo agli scambi internazionali. Furono fatti voti perchè:

siano migliorati e perfezionati i prestiti internazionali tra le biblioteche;

la Commissione della Cooperazione Intellettuale inviti i paesi aderenti a creare uffici destinati ad organizzare lo scambio di pubblicazioni letterarie e scientifiche;

le Università prendano accordi per una ripartizione razionale delle tesi delle varie materie;

si accordino riduzioni di tariffe doganali alle importazioni dei libri;

siano creati dei centri nazionali di informazione nei vari paesi per facilitare le ricerche scientifiche e perchè sia assicurata la collaborazione fra le diverse associazioni scientifiche e sia assicurata la collaborazione fra le diverse associazioni nazionali di bibliotecari per le pubblicazioni di periodici.

Si è rilevata l'utilità che presenterebbe un grandioso indice bibliografico generale.

È stato ampiamente discusso il tema dei quadri internazionali di classificazione, rilevando la superiorità dei metodi decimali.

La V Sezione si è occupata con ampiezza e con impegno dei mezzi atti ad imprimere incremento al libro italiano.

Congressi medici vari.

Oltre i Congressi internazionali da noi già annunziati, si svolgeranno prossimamente i seguenti: di fonetica sperimentale ad Amburgo dal 24 al 31 luglio; di dermatologia e sifilologia a Copenaghen dal 5 all'8 agosto 1930.

Il Congresso della Società Dermatologica Tedesca è annunziato a Königsberg dal 5 al 7 agosto. A Tubinga si aduneranno, dal 12 al 14 settembre la Società Tedesca di Medicina Tropicale e dal 16 al 19 la Società Tedesca sull'Ereditarietà. Dal 16 al 18 settembre sono indetti il Congresso tedesco di ortopedia a Monaco e il Congresso tedesco d'igiene industriale ad Heidelberg.

L'« American Proctologic Association » ha tenuto il convegno annuale a Detroit dal 13 al 15 maggio. Vi fu annessa una Mostra scientifica e commerciale.

L'« American Heart Association » ha tenuto il convegno annuale a Portland (Oregon) il 19 luglio, in occasione del Congresso dell'Associazione Medica Americana.

Il disastro di Cleveland.

Dai periodici quotidiani e medici avevamo riportato varie notizie incomplete e parzialmente inesatte sul grave disastro. Desumiamo ora notizie precise dal « Journal of the American Medical Association » del 25 maggio e del 1° giugno.

Risulta, anzitutto, che il dott. George W. Crile non è tra i periti: egli stava operando e — a quanto informa il « Lancet » — ha corso grave pericolo: ciò ha fatto credere alla sua morte. (Un cenno necrologico ne venne pubblicato sul « Bruxelles-Médical »). Anche il dott. Francesco Paolo Borrello non figura tra i periti. (Ne venne pubblicata la necrologia sulla « Rivista Medica Siciliana »). Esprimiamo il nostro rincrescimento per le notizie affrettate e siamo lieti di darne rettifica.

L'elenco dei medici periti comprende sette nomi: John Philipps, di anni 51; Charles Edward Locke jr., a. 35; Ferris Victor Langston, a. 26; Harry Martin Audison, a. 30; Edgar Sherman Hunter, a. 27; Roy Arthur Brintnall, a. 44, tutti morti il 15 maggio; George Wilson Belcher, a. 33, morto 3 giorni dopo.

Complessivamente i morti sono stati 125; sono da aggiungervi 80 persone che dovettero essere tenute in cura.

Il disastro fu prodotto da combustione esplosiva di uno stock di pellicole di celluloide per radiografie. Le combustione trasse origine da un tubo di riscaldamento, che un operaio aveva tentato di riparare. Si sviluppò in copia tetrossido d'azoto N_2H_4 — di cui sono ben noti gli effetti tossici — misto ad altri gas.

Contro i rumori inutili a Londra.

Si è pubblicato un nuovo regolamento, elaborato dal Ministero inglese dei Trasporti, inteso a ridurre al minimo i rumori prodotti dagli autoveicoli. Il regolamento, che andrà in vigore col 1° agosto, mentre indulge ai rumori temporanei dovuti a cause accidentali e inevitabili, commina pene molto severe contro i responsabili di tutti i rumori eccessivi dovuti a difetto di progetto o di costruzione, al carico, a deficienza di riparazioni e incuria.

Viaggio in America.

È stato organizzato un viaggio turistico negli Stati Uniti e nel Canadà, con soggiorni a New York, Filadelfia, Washington, Chicago, Detroit, Cleveland, Buffalo, Montreal e Quebec, escursioni alle cascate del Niagara e ai grandi laghi, visite agli stabilimenti industriali di Ford, Armour, Curtiss, alla nuova Fondazione Rockefeller di New York e ad altri Istituti scientifici, all'esposizione canadese, ecc. Prezzo fr. 12.800, con viaggi in prima classe, pullmans e vagoni-letto, alberghi di prim'ordine, mance, ecc. Partenza il 13 luglio e ritorno il 16 agosto, da e per Havre. Per informazioni rivolgersi agli organizzatori: MM. Brendon & Gallet, faubourg Saint-Honoré 56, Paris.

Per onorare la memoria di Luigi Mangiagalli.

Sotto la presidenza del conte Radice Fossati il Comitato patronesse e la Commissione visitatrici dell'Istituto Vittorio Emanuele III per lo studio e la cura del cancro in Milano, a ricordo del compianto sen. Luigi Mangiagalli, al cui forte volere è dovuta l'esistenza di istituzione tanto utile alla scienza, quanto vanto della città; avvicinandosi il primo anniversario della sua morte, si sono riuniti per accordarsi sul miglior modo di onorare la memoria del grande scomparso, sia con conferenze, sia attraverso a opere di pietà e di assistenza, affinchè al ricordo sincero dei colleghi e dei devoti si unisca anche, nella celebrazione, la pratica del bene per cui tanto il sen. Mangiagalli si è prodigato nella sua operosa vita professionale.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Mediz. Welt., 1 giu. — O. THOMSEN. Possibilità di cambiamenti nei gruppi sanguigni. — H. MOMMSEN. Il problema della scarlattina.

Practitioner, giu. — M. YEARSLEY. L'otosclerosi. — E. F. NEVE Le cause del cancro.

Morgagni, 26 mag. — I. IACONO. Nocardiasi polmon.

Münch. Med. Woch., 31 mag. — V. REDWITZ. Il posto della chirurgia nell'odierno insegnam. medico. — LANGE. Questioni psichiatriche pel medico pratico.

Presse Méd., 29 mag. — E. SERGENT. Iconografia radiologica della perilobulite tbc. — P. MICHON. Gastroscopia.

Brit. Med. Journ., 1 giu. — E. MELLANBY e H. N. GREEN. La vitamina A come agente anti-infettivo.

Riv. Ital. di Ginec., mag. — A. MARTINOLLI. Trasmiss. transplacentare della tbc. — S. SCAGLIONE. Influenza dell'ormone follicolare sulla glandola mammaria.

Zbl. f. Chir., 25 mag. — A. W. WISCHNEWSKY L'operaz. d'appendicite sotto anestesia locale. — R. HERBST. Ernia nettam. traumatica.

Arch. Ital. di Chir., 5. — G. ANNOVAZZI. Produz. speriment. di osso. — G. GIULIANI. Tecnica della colecistectomia. — O. ANDREI. Riproduz. sperimentale dell'osteomielite acuta con virus filtrab. — A. ANZILOTTI. Diverticoli del duodeno.

Riv. San. Sic., 1 giu. — P. MORGANO. Eredità e consanguineità nelle malattie oculari in rapporto all'eugenica.

Rass. Internaz. di Cl. e Ter., mag. — B. BISBINI. Fisiopatologia degli amino-acidi.

Arch. Roum. de Pathol. exper., dic. — C. POPESCO-COMBIESCO. Compito delle piastrine nell'immunità. — E. SORN. Carica elettrica dei batteri e delle cellule difensive. — M. NASTA. Meccanismo dell'immunità nella tbc. — M. CIUCA e al. L'immunità nella malaria.

Soc. d. Chirurgicus, 19 apr. — HALLER. Ascessi dell'utero. — DARTIGUES. Mastopessia costale transpettorale. — 3. mag. SIREDEY. Diagnosi precoce del cancro del corpo uterino. — M. BÉRAUD. Trapanazioni per sindrome epilettiforme. — BOURGUET. Cisti della regione ipofisaria.

Zbl. f. Chir., 1 giu. — E. BRAATZ. Appendicite vermif. doppia. — A. HILSE. Anestetizzaz. del plesso brachiale.

Rev. Med. del Uruguay, 1-2. — A. TURENNE. Sindrome emorragica nella tossiemia gravidica. — MARTINEZ OLASEVAGA. Cefalee d'origine ipofisaria nella gravidanza. — BOTTARO. Prurito vulvare.

Zbl. f. inn Med., 1 giu. — P. EUGELEN. Energotonometria.

Clinica Chirurg., mag. — CAZZAMALLI. Influenza del sistema ret.-endotel. sul processo di riparazione delle ferite. — BEDARIDA. Applicaz. della fettuccia di Parlavecchio per la soppressione di ani contro natura.

Rev. Méd. de Barcelona, apr. — S. DEXEUS FONT. Sinfisiotomia di Zárate. — S. FERENZI. Psicoanalisi e criminologia.

Acta Med. Scandinavica, V-VI. — A. BESREDKA. Sieroterapia locale. — H. PETTE. « Febris herpetica » (meningitis herpetica?). — O. THOMSEN. Variabilità dei gruppi sanguigni. — H .DAVIDE e K. ÖSTLING. Compito dell'anemia nell'infezione e nell'immunità. — E. EKBHOM. Stegomyia fasciata in Grecia. — W. WERNSTEDT. Vie di diffus. della poliomielite epidemica.

Paris Méd., 1 giu. — Numero sulle malattie infettive.

Deut. Med. Woch., 7 giu. — KRAUSE. Eziologia e clinica dell'influenza. — ROSIN. L'extrasistole.

Lancet, 8 giu. — H. H. DALE. Fattori chimici regolanti la circolaz. — H. G. MOGENA. L'iperbilirubinemia.

Rivista di Terapia Mod. e Med. Prat. Milano, giugno 1929. — I periodici delle singole discipline speciali: Ostetricia e ginecologia - Otorinolaringoiatria - Pediatria - Oftalmologia - Stomatoiatria - Ortopedia - Dermatosifiloiatria - Radiologia, ecc. — I medici marina mercantile — Clinici Italiani — Notizie.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. **V. ASCOLI, Red. resp.**